

Katedra: Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky
Studijní program: Speciální pedagogika
Studijní obor (kombinace): Speciální pedagogika pro vychovatele

Informovanost pedagogů
o poruchách chování
The Level of the Teachers Awareness
of the Behavioral Disorders

Bakalářská práce: 09-FP-KSS-1003

Autor:
Eva Baudyšová (Hylmarová)

Podpis:

Adresa:
Kollárova 454
509 01, Nová Paka

Vedoucí práce: PhDr. Zdeňka Michalová, Ph.D.

Konzultant:

Počet

stran	grafů	obrázků	tabulek	pramenů	příloh
107	50	1	26	24	3 + 1 CD

V Liberci dne: 15. 4. 2010

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

FAKULTA PŘÍRODOVĚDNĚ-HUMANITNÍ A PEDAGOGICKÁ

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(pro bakalářský studijní program)

pro (kandidát): Eva Baudyšová
adresa: Kollárova 454, 509 01 Nová Paka
studijní obor (kombinace): Speciální pedagogika pro vychovatele
Název BP: **Informovanost pedagogů o poruchách chování**
Název BP v angličtině: **The Level of the Teachers Awareness of the Behavioral Disorders**
Vedoucí práce: PhDr. Zdeňka Michalová, Ph.D.
Konzultant:
Termín odevzdání: 15. 4. 2010

Poznámka: Podmínky pro zadání práce jsou k nahlédnutí na katedrách. Katedry rovněž formulují podrobnosti zadání. Zásady pro zpracování BP jsou k dispozici ve dvou verzích (stručné, resp. metodické pokyny) na katedrách a na Děkanátě Fakulty přírodovědně-humanitní a pedagogické TU v Liberci.

V Liberci dne 20. 3. 2009



děkan



vedoucí katedry

Převzal (kandidát):

EVA BAUDYŠOVÁ

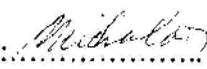
Datum:

12. 5. 2009

Podpis:

Baudyšová Eva

Název BP: INFORMOVANOST PEDAGOGŮ O PORUCHÁCH CHOVÁNÍ

Vedoucí práce: PhDr. Zdeňka Michalová, Ph.D. Podpis: 

Cíl: Zjištění informovanosti pedagogů o projevech a možnostech intervence.
Na kazuistickém případě dokumentovat průběh péče o žáka.

Požadavky: Detailní seznámení se zpracovávanou problematikou na základě studia a komparace odborné literatury s aplikací na praktické zpracování vybraného úkolu.

Metody: dotazník, statistické zpracování

Literatura: DRTILOVÁ, Jana, KOUKOLÍK, František. *Odlišné dítě*. 1. vyd. Praha: Vyšehrad. 1994. ISBN 80-7021-097-4.

ELLIOT, Julian, PLACE, Maurice. *Dítě v nesnázích*. 1. vyd. Praha: Grada. 2002. ISBN 80-247-0182-0.

MARTIN, Michael, WALTMANOVÁ – GREENWOODOVÁ, Cynthie. *Jak řešit problémy dětí se školou*. 1. vyd. Praha: Portál. 1997. ISBN 80-7178-125-8.

MATĚJČEK, Zdeněk, DYTRYCH, Zdeněk. *Jak a proč nás děti trápí*. 1. vyd. Praha: Grada. 1997. ISBN 80-7169-587-4.

MICHALOVÁ, Zdeňka. *Vybrané kapitoly z problematiky specifických poruch učení*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita. 2008. ISBN 978-80-7372-318-7.

MICHALOVÁ, Zdeňka. *Specifické poruchy učení na druhém stupni ZŠ a na školách středních*. 2. vyd. Havlíčkův Brod: Tobíáš. 2004. ISBN 80-7311-021-0.

MICHALOVÁ, Zdeňka. *Sondy do problematiky specifických poruch chování*. 1. vyd. Havlíčkův Brod: Tobíáš. 2007. ISBN 978-80-7311-075-8.

MUNDEN, Alison, ARCELUS, Jon. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita*. 3. vyd. Praha: Portál. 2008. ISBN 978-80-7367-430-4.

PEŠATOVÁ, Ilona. *Sociálně patologické jevy u dětí školního věku*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita. 2007. ISBN 978-80-7372-291-3.

PFERSEER, Evelyn. *Zappelphilipp und Hampelliese: Rat und Hilfe für hyperaktive Kinder und ihre Eltern*. 1. vyd. Augsburg: Pattloch. 1997. ISBN 3-629-00273-0

Prohlášení

Byl(a) jsem seznámen(a) s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

V Liberci dne: 15. 04. 2010.

Eva Baudyšová

Eva Baudyšová

Poděkování

Děkuji paní PhDr. Zdeňce Michalové, Ph.D. za velmi užitečnou metodickou pomoc, kterou mi poskytla při zpracování mé bakalářské práce.

Eva Baudyšová

Název bakalářské práce:

INFORMOVANOST PEDAGOGŮ O PORUCHÁCH CHOVÁNÍ

Jméno a příjmení autora: Eva Baudyšová**Akademický rok odevzdání bakalářské práce:** 2010**Vedoucí bakalářské práce:** PhDr. Zdeňka Michalová, Ph.D.**Anotace**

Bakalářská práce se zabývala problematikou specifických poruch chování a vycházela z odborné literatury a její komparace. Jejím cílem bylo zjistit informovanost pedagogů na vybraných základních a středních školách. Míra dosažení cíle byla naplněna. Práci tvořily dvě stěžejní oblasti. Jednalo se o část teoretickou, která pomocí zpracování a prezentace odborných zdrojů popisovala problematiku specifických poruch chování. Praktická část zjišťovala pomocí dotazníku znalosti 91 pedagogů vybraných základních a středních škol a schopnost jejich aplikace v praxi. Výsledky ukazovaly na přijatelnou míru informovanosti pedagogů na školách základních, nedostatečnou informovanost pedagogů na školách středních, na závislost míry informovanosti především na dosaženém vzdělání pedagogů a vyúsťovaly v konkrétní navrhovaná opatření v oblasti vzdělávání budoucích i současných pedagogů.

Za největší přínos práce vzhledem k řešené problematice bylo možné považovat zmapování informovanosti pedagogů v oblasti specifických poruch chování, nastínění důsledků nedostatečné informovanosti a možností komplexního speciálního přístupu k dětem s touto poruchou.

Klíčová slova

Hyperaktivita, hypoaktivita, informovanost pedagogů, komplexní přístup, poruchy chování, socializační proces, specifické poruchy chování, střední škola, vzdělávání, základní škola.

Title of the Bachelor Degree Thesis:

THE LEVEL OF THE TEACHERS AWARENESS OF THE BEHAVIORAL DISORDERS

Author's name and surname: Eva Baudyšová

Academic year of Bachelor Thesis submission: 2010

Advisor for the Bachelor Degree Thesis: PhDr. Zdeňka Michalová, Ph.D.

Summary

The Bachelor Thesis dealt with the problems associated with (specific) behavior disorders. It was based on expert literature and its comparison. The aim of the thesis was to determine the level of awareness of teachers in selected elementary and secondary schools. The goal was accomplished.

The thesis was divided into two chapters. First, the theoretical chapter described the problems associated with behavior disorders by analyzing the expert literature. Second, the research chapter focused on the knowledge and the ability to use it of 91 teachers in selected elementary and secondary schools using a questionnaire.

The results indicated a satisfactory awareness of elementary school teachers and unsatisfactory awareness of secondary school teachers. It also showed that awareness was dependent on the level of education of teachers. The results led to recommended steps in the education of current and future teachers.

The biggest contribution of the thesis could lie in mapping the level of teachers awareness of behavior disorders, suggesting the consequences of insufficient awareness and possibilities of complex special approach to children with these disorders.

Key words

Behavior disorders, complex approach, education, elementary school, hyperactivity, hypoactivity, process of socialization, secondary school, specific behavior disorders, teachers awareness.

Titel der Bachelorarbeit:

INFORMIERTHEIT DER PÄDAGOGEN ÜBER DIE VERHALTUNGSSTÖRUNGEN

Vorname und Nachname des Autoren: Eva Baudyšová

Akademisches Jahr der Abgabe der Bachelorarbeit: 2010

Leiter der Bachelorarbeit: PhDr. Zdeňka Michalová, Ph.D.

Die Annotation

Die Bachelorarbeit hat sich mit der Problematik der spezifischen Verhaltensstörungen befasst und ist dabei aus der Fachliteratur und ihrem Vergleich ausgegangen. Ihr Ziel war es, die Informiertheit der Pädagogen an den ausgewählten Grund- und Mittelschulen festzustellen. Das Maß des Erreichens des Zieles wurde erfüllt. Die Arbeit wurde von zwei Grundgebieten gebildet. Es handelte sich um den theoretischen Teil, der mithilfe der Bearbeitung und Präsentation der Fachquellen die Problematik der spezifischen Verhaltensstörungen beschrieb. Der praktische Teil stellte mithilfe eines Fragebogens die Kenntnisse von 91 Pädagogen an den ausgewählten Grund- und Mittelschulen und die Fähigkeit ihrer Anwendung in der Praxis fest. Die Ergebnisse zeigten auf das annehmbare Maß der Informiertheit der Pädagogen an den Grundschulen, das ungenügende Maß der Informiertheit an den Mittelschulen, auf die Abhängigkeit von Informiertheitsmaß vor allem auf der gelangten Stufe der Ausbildung der Pädagogen und mündeten in die konkreten vorgeschlagenen Maßnahmen auf dem Gebiet der Ausbildung der zukünftigen und der gegenwärtigen Pädagogen.

Als den größten Beitrag der Arbeit konnte man mit Hinblick zu der beigelegten Problematik die Erfassung der Informiertheit der Pädagogen auf dem Gebiet der spezifischen Verhaltensstörungen, den Entwurf der Folgen der ungenügenden Informiertheit und der Möglichkeiten des komplexen speziellen Zugangs zu den Kindern mit dieser Störung halten.

Die Schlüsselbegriffe

Die Ausbildung, die Grundschule, die Hyperaktivität, die Hypoaktivität, die Informiertheit der Pädagogen, die Komplexbehandlung, die Mittelschule, der Sozialisationsprozess, die spezifischen Verhaltensstörungen, die Verhaltensstörungen.

Obsah

1 Úvod.....	10
2 Teoretická část.....	12
2.1 Socializace, socializační proces.....	12
2.2 Poruchy chování	15
2.2.1 Klasifikace poruch chování.....	16
2.3 Specifické poruchy chování	18
2.3.1 Socializační proces a dítě se specifickými poruchami chování.....	19
2.3.2 Historický vývoj názvů specifických poruchy chování.....	22
2.3.3 Příčiny specifických poruch chování.....	24
2.3.4 Příznaky a projevy hyperaktivity.....	26
2.3.5 Příznaky a projevy hypoaktivity.....	28
2.4 Problémy spojené se specifickými poruchami chování a jejich sekundární následky	30
2.5 Komplexní péče o děti se specifickými poruchami chování.....	33
2.5.1 Odborné poradenství.....	33
2.5.2 Vzdělávání dětí se specifickými poruchami chování.....	34
2.5.3 Práce s dětmi se specifickými poruchami chování ve škole.....	37
2.5.4 Terapeutická pomoc.....	40
2.6 Legislativní rámec	45
3 Praktická část.....	46
3.1 Cíl praktické části.....	46
3.1.1 Stanovení předpokladů.....	46
3.2 Použité metody.....	47
3.3 Charakteristika zkoumaného vzorku.....	49
3.4 Průběh průzkumu.....	54
3.5 Statistické vyhodnocení a interpretace výsledků.....	55
3.6 Ověření hypotéz.....	96
3.6.1 Komentář k první hypotéze.....	96
3.6.2 Komentář k druhé hypotéze.....	96
3.6.3 Komentář ke třetí hypotéze.....	97
3.6.4 Komentář ke čtvrté hypotéze.....	97
3.6.5 Komentář k páté hypotéze.....	97
4 Závěr.....	99
5 Návrh opatření.....	102
6 Seznam použitých zdrojů.....	104
7 Seznam příloh.....	107

1 Úvod

V současné době se stále můžeme na základních a středních školách setkat s množstvím dětí, které neprospívají pro specifickou poruchu chování (ADHD¹, ADD²), ať diagnostikovanou či nikoli. Mezi těmito dětmi jsou i děti inteligentní a nadané.

Dobrá informovanost učitelů o problematice specifických poruch chování, znalost postupů a metod, jak s těmito dětmi pracovat a ochota tyto informace uvádět v praxi, jsou předpokladem pozitivního ovlivnění života dítěte s touto poruchou.

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou poruch chování, konkrétně specifických poruch chování. Jejím cílem je popsat etiologii, příznaky a projevy specifických poruch chování ve školním věku a adolescenci, problémy s touto poruchou spojené, sekundární následky. Dále popsat možnosti, které zahrnuje komplexní péče o tyto děti, a možnosti předcházení vzniku poruch chování nespecifických. To vše na základě komparace odborné literatury.

Jako učitelka na středním odborném učilišti, a zároveň metodik prevence, jsem si během svého studia uvědomila, že poruchy chování u žáků, kteří navštěvují učiliště, jsou téměř ve všech případech na podkladě specifických poruch chování. Z osobních a rodinných anamnéz žáků vyplynulo, že problémy, které mají a způsoby, jakými se tito žáci projevují, nejsou u nich ničím novým, naopak, provázejí je již od předškolního věku a mají spojitost s dysfunkčním rodinným prostředím. Z rozhovorů s rodiči také vyplynulo, že nemají většinou vůbec žádné nebo jen velmi útržkovité informace o problematice specifických poruch chování. Z popisu problémů žáků na základní škole a reakcí jejich bývalých učitelů, jsem nabyla dojmu, že ani učitelé nejsou v dostatečné míře informováni. Rodiče ve všech případech hodnotili přístup učitelů na základní škole negativně. Avšak nejen pedagogičtí pracovníci, ale právě i rodiče se rozhodující mírou podílejí na vývoji dítěte s diagnózou ADHD, ADD. Dítě je buď dobře vedeno a učí se s touto diagnózou žít a zacházet, nebo trpí nejen vlivem této diagnózy, ale i dalšími sekundárními následky.

1 ADHD – porucha pozornosti s hyperaktivitou.

2 ADD – porucha pozornosti.

Kam až může nevhodný přístup ze strany dospělých dítě s ADHD, ADD dovést, mám možnost sledovat jako etoped v Dětském domově se školou³, kde také pracuji. Ze základních škol přecházejí žáci se specifickými poruchami chování běžně do škol středních a pokud učitelé nejsou o této problematice dostatečně informováni, bývají tito žáci nakonec většinou ze školy vyloučeni. Jen malý počet žáků na střední škole je aktuálně vyšetřen v pedagogicko-psychologické poradně. Na většině středních škol také dnes ještě nepůsobí speciální pedagog nebo školní psycholog, činnost metodika prevence je určována a limitována požadavky ředitele konkrétní školy. Spolupráce jednotlivých učitelů, třídního učitele, metodika prevence a ostatních pedagogických pracovníků, je dána celkovou atmosférou ve škole, osobnostními rysy každého ze zúčastněných a způsobem vedení školy.

V praktické části si kladu za cíl zjistit míru informovanosti pedagogických pracovníků o této problematice na základních a středních školách (metoda dotazníku, sběr dat a jejich analýza). Zmapovat, která opatření v práci s dětmi se specifickou poruchou chování učitelé považují za důležitá a vhodná a s jakou četností tato opatření uvádějí do praxe.

Práce je doplněna kazuistikou šestnáctiletého žáka, u kterého byla sice ADHD diagnostikována v předškolním věku, ale vlivem nevhodného přístupu učitelů na základní škole a neznalosti problematiky ze strany rodičů, došlo k rozvoji poruch chování nespecifických. Na základě těchto poruch byl v loňském školním roce, z prvního ročníku středního odborného učiliště, vyloučen. Prázdniny strávil u prarodičů prací (pomáhal otci matky na stavbách – zednické práce), údajně byl velmi spokojen. Od nového školního roku nastoupil na střední odborné učiliště, obor zedník, znovu do prvního ročníku, bydlel na internátě. Matka mluvila o období klidu, avšak připustila, že syn odjede z internátu v pátek a domů přijede až v sobotu. V lednu byl chlapec umístěn do Diagnostického ústavu pro záškoláctví, krádeže a vandalství.

3 Dětský domov se školou – děti od dvanácti let do ukončení povinné školní docházky.

2 Teoretická část

2.1 Socializace, socializační proces

Člověk je bytostí společenskou a ještě před svým narozením se stává součástí konkrétní skupiny, kultury, společnosti. Je vystaven působení ostatních, jemu blízkých, jedinců společnosti a svému okolí. Jejich prostřednictvím se seznamuje s normami, hodnotami, tradicemi a zvyky této společnosti, podléhá procesu socializace, ať záměrné nebo cílené. Socializační proces probíhá po celý život a jeho úspěšnost je závislá na mnoha faktorech. Chování dítěte ovlivňuje nejen atmosféra v rodině, prožité životní události, vrstevníci a školní prostředí, ale i jeho genetická výbava a temperament. To vše ve vztahu k individuálnímu vývoji konkrétního jedince.

Úspěšná socializace dítěte je od počátku závislá na komunikaci a interakci s dítětem ze strany dospělé osoby, která o dítě pečuje. Sociální vztahy se mohou rozvíjet jen na základě přiměřené stimulace vycházející právě z prostředí dítěte. (Michalová, 2007)

Helus (2007) poukazuje na to, že se socializace promítá zásadním způsobem do tělesnosti člověka, formuje jeho vlastnosti a životní směřování, ovlivňuje a usměrňuje individuální svéráz člověka, jeho sebepojetí a seberealizaci.

Sociální učení popisuje Helus (in Michalová, 2007) jako učení pomocí různě se prolínajících mechanismů:

- sociální učení kladným a záporným zpevnováním (odměny a tresty),
- sociální nápodoba (imitace jiného jedince),
- ztotožňování (s určitou osobou),
- sociální informování (o správném chování),
- interiorizace (ztotožnění se s požadavky společnosti a jejich přijetí),
- exteriorizace (jednání v souladu s danou vnitřní zásadou),
- působení příkladů, vzorů a ideálů.

Většina odborníků (Elliot, 2002, Place, 2002, Michalová, 2007, Vágnerová, 2008, Helus, 2007), se při popisu procesu socializace, opírá o pojetí vývoje popsané Eriksonem (1959). Toto pojetí člení proces socializace do několika fází a poukazuje na nejdůležitější vývojové kroky a vlivy v jednotlivých obdobích života jedince.⁴

Pro účely této práce jsou blíže popsány etapy vývoje dítěte ve školním věku a adolescenci:

Období školního věku (6 až 12 let) – je nazváno obdobím přičinlivosti proti nedostačivosti. Dítě usiluje o dobrý výkon, má touhu po uplatnění a prosazení, snaží se o úspěch, je otevřené novým zkušenostem. Rozvíjí se vztah k práci a k povinnostem (svědomitost). Sebehodnocení dítěte se odvíjí od míry akceptace druhými lidmi a na základě hodnocení vyplývajícího z výkonu dítěte. Dítě se srovnává s vrstevníky. Učitelé a vrstevníci hrají důležitou roli v jeho životě. (Erikson in Vágnerová, 2008)

Novým citem je pocit méněcennosti, který dítě může stimulovat k vyšším výkonům, ale pokud převáží, může být příčinou ztráty životní perspektivy a kapitulace⁵.

(Vágnerová in Pešatová, 2007)

Období adolescence, dospívání (12 až 20 let) – období nazvané identita proti zmatení rolí je charakteristické významnými změnami a rozvojem sebepojetí. Dospívající hledají cíleně vlastní identitu, odpověď na existencionální otázky, usilují o sebevymezení, odmítají konvence a tradice. Důležitými osobami v životě adolescenta jsou vrstevníci, důležití dospělí a společnost. (Erikson in Vágnerová, 2008)

Sociální identita spočívá v nalezení „svého“ místa ve společnosti vrstevníků. Osobní identita ve vybudování dospělého sebepojetí, ve zralém pohledu na vlastní osobu a svět kolem sebe.

⁴ Osm vývojových fází podle Eriksona (in Vágnerová, 2008): základní důvěra proti základní nedůvěře (do 1 roku), autonomie proti studu a pochybám (1 až 3 roky), iniciativa proti vině (3 až 6 let), přičinlivost proti nedostačivosti (6 až 12 let), identita proti zmatení rolí (12 až 20 let), intimita proti izolaci (20 až 25 let), generativita proti stagnaci (25 až 50 let), ego integrita proti zoufalství (nad 50 let).

⁵ ADHD, ADD, specifické poruchy učení aj. bývají často příčinou právě pocitu méněcennosti.

Projevem tohoto období je adolescentní moratorium, kdy jedinec žije po určitou dobu takovým způsobem, který mu umožňuje odklad přechodu k dospělosti (většinou se intenzivně věnuje nějaké činnosti nebo se může stát i členem závadové party).

(Vágnerová in Pešatová, 2007)

2.2 Poruchy chování

Ve společnosti lze u některých dětí (dětí s problémovým chováním) pozorovat projevy odlišné socializace, která se vyznačuje narušenými vztahy k jiným lidem, rodičům i vrstevníkům, neochotou nebo neschopností přizpůsobit své chování sociální normě dané společnosti, omezenou schopností empatie, lhostejností, bezohledností, hrubostí a neoblíbeností. Jsou zaměřeny na sebe a dosažení aktuálního uspokojení. Vinu přičítají druhým lidem. (Vágnerová in Pešatová, 2007)

Tyto projevy mohou, dle Michalové (2007), ukazovat na poruchy chování. Agresivita je typickou reakcí jedince s poruchou chování.

Poruchy chování, jako jev asociální a protispolečenský, upoutávají pozornost veřejných institucí (školy, policie, sociálních pracovníků, soudů). Jejich původ může být v samotném disharmonickém vývoji osobnosti dítěte, důležitou roli zde hrají výchovné vlivy prostředí a zvláštní nepříznivá souhra osobnostních rysů dítěte. (Matějček, 1997)

Michalová (2007) upozorňuje na různé výklady pojmů disocialita a disociální chování jednotlivými autory. Disociální chování zahrnuje projevy, kterými jedinec porušuje společenské, případně i právní normy⁶.

Zelinková (2007) a Michalová (2007) definují poruchy chování, dle DSM – IV⁷, jako chování porušující základní práva ostatních jedinců a většinu sociálních norem.

Dle MKN 10⁸ jsou poruchy chování definovány jako opakované a přetrvávající (déle než šest měsíců) agresivní, asociální nebo vzdorovité chování. Takové chování se velmi liší od sociálního chování dítěte daného věku, je závažnější než běžné zlobení a rebelanství. Příkladem takového chování je nadměrné praní se nebo týrání, krutost k lidem nebo ke zvířatům, závažné destrukce majetku, zakládání požárů, opakované lži, záškoláctví a útoky z domova, neobvykle časté a silné výbuchy vzteku a nekázeň. Pro diagnózu postačuje jedno z těchto typů chování, pokud je výrazné, nestačí však ojedinělý disociální čin. (<http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>)

6 Norma je ze sociologického hlediska obecně platný návod k jednání a vzájemnému soužití. Norma by měla být závazná pro každého jedince a její vštěpování je obsahem socializace. (Pešatová, 2007)

7 DSM – IV - Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorder – americká klasifikace

8 MKN – 10 - Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize – evropská klasifikace

2.2.1 Klasifikace poruch chování

Poruchy chování lze dělit dle MKN – 10 nebo DSM – IV. V odborné literatuře se můžeme setkat s různými klasifikacemi poruch chování.

Pro účely této bakalářské práce jsme zvolili dělení dle stupně společenské závažnosti a dle prognózy do budoucna. Toto dělení, dle našeho názoru, nejlépe vyhovuje pedagogickým účelům – zařazuje konkrétní chování do určitého stupně a pro pedagoga může být upozorněním na závažnost žákova chování vzhledem ke společnosti jako celku nebo k malému kolektivu školní třídy. Těž je jasné a přehledné pro komunikaci s rodiči, kdy i oni potřebují získat optimální náhled na chování svého dítěte. Souhlasíme však s názorem Michalové (2007), že toto dělení může do různé míry podléhat subjektivnímu pohledu diagnostika a že je důležité dítě hodnotit v různém prostředí, kde může reagovat a projevovat se různě. Zařazení konkrétní poruchy chování dle prognózy do budoucna se nám jeví jako důležitý aspekt v další práci s dítětem, jako důležité vodítko pro stanovení očekávaných výsledků této práce a možností změny.

Z pohledu speciálního pedagoga (Renotierová, Ludíková, 2006) lze tedy členit poruchy chování (MKN – 10) dle stupně společenské závažnosti:

- disociální chování je nespolečenské a nepřiměřené chování, které lze zvládnout přiměřenými pedagogickými postupy (kázeňské přestupky proti školnímu řádu, neposlušnost, vzdorovitost, lži, negativismus a další drobná porušení normy),
- asociální chování je projevem jedince, který se významně odlišuje od společenského průměru, škodí především sám sobě (útěky, toulky, záškoláctví, sebepoškozování, alkoholismus, tabakismus a další závislosti), ale ještě nepřekračuje právní předpisy,
- antisociální chování často navazuje na chování asociální, poškozují společnost i jedince, dochází k porušování zákonů (krádeže, loupeže, vandalství, sexuální delikty, zabití, vraždy).

Ve skutečnosti nejsou jednotlivé stupně ostře ohraničené. Přechod z jednoho do druhého je velice volný.

Dle prognózy do budoucna (MKN – 10) jsou poruchy chování děleny takto:

Poruchy chování s lepší prognózou:

- porucha chování ve vztahu k rodině (F 91.0),
- socializovaná porucha chování (F 91.2),
- smíšené poruchy chování a emocí (F 92),
- reaktivní porucha příchyllosti v dětství (F 94.1),
- porucha přizpůsobení s převládající poruchou chování (F 43.24),
- porucha přizpůsobení se smíšenou poruchou chování a emocí (F 43.25).

Poruchy chování se špatnou prognózou:

- dezinhibovaná příchyllost v dětství (F 94.2),
- nesocializovaná porucha chování (F 91.1),
- porucha opozičního vzdoru (F 91.3),
- hyperkinetické poruchy (F 90).

Poruchy s lepší prognózou jsou během vývoje jedince upravovány za pomoci rodiny, pedagogů a dalších odborníků. Jsou reakcí na určité prostředí a také mohou vznikat v rámci skupinových aktivit.

Poruchy chování se špatnou prognózou jsou trvalé a kontinuální. Během vývoje má rozhodující vliv souhrn vnitřních a vnějších vlivů společně s rozsahem organického postižení. (Pešatová, 2007)

V širším slova smyslu lze dělit poruchy chování na specifické a nespecifické.

2.3 Specifické poruchy chování

Specifické poruchy chování (ADHD, ADD dle DSM - IV) patří dle MKN – 10 mezi poruchy chování se špatnou prognózou a jsou to poruchy hyperkinetické (F 90).

Název specifické ukazuje na organický podklad vzniku poruchy⁹. (Michalová, 2007)

Barkley (in Michalová, 2007) definuje specifické poruchy chování jako vývojové poruchy projevující se již v raném dětství hyperaktivitou, impulzivitou a vývojově nepřiměřenou pozorností. Chronické potíže nelze vysvětlit na základě neurologických, sensorických nebo motorických postižení, mentální retardace ani závažných emočních problémů. Dítě není schopno dodržovat pravidla chování a po delší dobu provádět pracovní činnost. S dozráváním struktur centrální nervové soustavy se mohou potíže zmírňovat, avšak ne zcela vymizet. Tato definice odpovídá bio - psycho-sociálnímu modelu.

I Pferseer (1997) konstatuje, že dítě s SPCH se neumí poučit ze své vlastní zkušenosti a domyslet následky svého jednání, nedokáže přijatelným způsobem vycházet s vrstevníky, v kolektivu je neoblíbené, často se stává obětí šikany. Pokud nemůže být tím, kdo hru vede, raději si nehraje. Během vyučování se snaží být neustále středem pozornosti, vyrušuje, odpovídá dříve, než si vyslechne celou otázku, nemá trpělivost. Často má snížené sebevědomí, někdy i deprese a pocity úzkosti.

Matějček (2005) upozorňuje na to, že chování dítěte (nejen s diagnózou ADHD, ADD) je výsledkem působení velkého množství faktorů a je podmíněno nejen dosavadním vývojem, ale i současnou aktuální situací dítěte. ADHD, ADD předurčuje dítě k problémům v sociální oblasti. Komplexní diagnóza je předpokladem pochopení problémů dítěte a prevencí sekundárních poruch chování.

Zde je třeba zmínit názor Prekopové a Schweizerové (2008), které poukazují na to, že velké procento dětí trpí tzv. hyperaktivitou získanou, neklidem. Tento neklid způsobuje přemíra podnětů v okolí malého dítěte, velká volnost pohybu (například žádné ohrádky k omezení pohybu) a naopak velmi omezené nošení dítěte rodiči, téměř žádná omezení v činnostech (možnost manipulovat i s předměty, které nejsou dítěti určeny), následný stres matky. Dítěti se nedostává potřebného omezení (vzhledem k vývojovému stupni) a jeho svět se stává chaosem. Dítě bývá označeno jako hyperaktivní, přesto, že není neklidné od narození

⁹ Prokázané oslabení centrální nervové soustavy (neurologické postižení) vlivem působení různých exogenních a endogenních faktorů.

a dokáže se zklidnit u oblíbené činnosti. Naopak velmi neklidnými se jeví rodiče, místo, aby dítě řídili, řídí dítě je. U dítěte se projevuje výrazná nevyspělost v sociálním chování, nesnaží se přizpůsobit činnosti druhých (dítě s ADHD má snahu se začlenit do kolektivu, avšak neúspěšně). Dle Prekopové a Schweizerové se obecně zvyšuje počet dětí s neklidem a hyperaktivitou (s počátkem většinou od šestého až dvanáctého měsíce), která však není vrozená, není na organickém podkladě, ale získaná nesprávným vedením dítěte ze strany rodičů.

Neklid, který popisuje Prekopová a Schweizerová, je, dle našeho názoru, příčinou generalizovaného označování dětí jako hyperaktivních. Matky často označí své dítě bez rozmyslu jako hyperaktivní a často i dětský lékař vznesе dotaz směrem k matce, zda její dítě není příliš hyperaktivní. Nejednou způsobí tato poznámka matce paniku, zda je její dítě v pořádku. Název hyperaktivita je tak často špatně laickou veřejností chápán a plošně používán. Důsledkem je podcenění skutečné diagnózy ADHD a důsledků této specifické poruchy chování pro život dítěte.

Všichni autoři se shodují na třech hlavních oblastech problémů dítěte s SPCH a to je porucha pozornosti, impulzivita a hyperaktivita. Také na tom, že dítě s ADHD, ADD za své problémy nemůže a jen dobré vedení ze strany dospělých je předpokladem jeho úspěšného zařazení do společnosti.

2.3.1 Socializační proces a dítě se specifickými poruchami chování

Období školního věku a adolescence může být, pro děti se specifickými poruchami chování, obdobím velmi těžkým a rizikovým. Rozhodující je včasné a správné udělení diagnózy, včasný a správný přístup k dítěti ze strany rodičů, učitelů, vychovatelů a ostatních dospělých, kteří přicházejí s dítětem do styku. Potíže dětí s ADHD, ADD se ve školním prostředí projeví v plném rozsahu, proces socializace je velmi ohrožen.

Aby dítě mohlo dobře zvládnout tyto dvě etapy svého vývoje, je nezbytná dobrá informovanost nejen dospělých, ale i vrstevníků (spolužáků). Dítě s ADHD, ADD je v sociální oblasti více či méně znevýhodněno, není schopno (bez pomoci dospělých) se do skupiny vrstevníků úspěšně zařadit. Jeho chování většinou neodpovídá věku a může být hodnoceno jako provokativní, nestálé, rušící, zbrklé a obtěžující. Také školní výkon

neodpovídá většinou jeho skutečným schopnostem, dítě se často nedokáže v potřebnou chvíli soustředit a to, co se naučilo, uplatnit. Je zde velké nebezpečí ztráty sebevědomí, kladného sebehodnocení, pozitivního přístupu k životu, vzniku odporu ke škole a školním záležitostem, uspokojení potřeby seberealizace v závadové partě (adolescence) či v závadovém chování.

SPCH mají typický odraz v sociální sféře. Munden a Arcelus (2008) v souladu s tím píší, že více než 50 % těchto dětí mají problémy v sociální oblasti.

Jako příklad z praxe bychom zde chtěli uvést děti umístěné v Dětském domově se školou, kde autorka pracuje jako etoped. Tyto děti mají téměř vždy v anamnéze diagnózu SPCH.

Autorka, jako učitelka a metodik prevence na střední odborné škole a učilišti, konstatuje, že žáci, kteří jsou zde hodnoceni jako problémoví a většina z nich je postupně vylučována ze školy, mají v anamnéze také tuto diagnózu. Je otázkou do jaké míry je toto vlivem neschopnosti žáka přizpůsobit se nárokům školy a do jaké míry zde hraje roli informovanost či neinformovanost pedagogických pracovníků o specifických poruchách chování a v neposlední řadě i specifických poruchách učení, které jsou velmi často přidruženy.

Není pochyb o tom, že děti s SPCH vyrůstají od malička více či méně mimo dětský kolektiv a jsou ohroženy jejich vztahy s dospělými. Sociální dovednosti těchto dětí neodpovídají jejich věku, projevují se nezrale a svým chováním okolí spíše odrazují a dospělé vyčerpávají.

Elliot a Place (2002) upozorňují také na souvislost mezi narušením zdravého vývoje v raném dětství a možnostmi úspěšného zvládnání vývojových období v životě dítěte.

Výzkumy odborníků (Train, 1997, Martin, 1997, Munden, 2008, Drtilová, 1994, Koukolík, 1994, Michalová, 2007, Pešatová, 2007, Riefová, 2007, Zelinková, 2007, Pferseer, 1997 a další) se shodují na tom, že SPCH je poruchou chování na organickém podkladě, že dítě nemůže za svoji poruchu a tudíž je ve svém dalším vývoji zcela odkázáno na okolí, v širším slova smyslu na společnost, na její požadavky na dítě kladené a na její informovanost o této problematice. Dítě může sebevíce chtít, ale pro svoji poruchu nemusí být schopno podávat výsledky jako dítě zdravé. Postupem času selhává, jeho sebehodnocení se snižuje a uspokojení potřeby seberealizace se přesouvá do oblasti problémového chování¹⁰.

10 Problémové chování – záškoláctví, toulky, útek, krádeže, užívání drog, šikana, nerespektování autority rodičů.

Jak uvádí Michalová (2007) dítě s SPCH získává postupně roli nežádoucího jedince s nízkým sociálním statutem.

Děti samy vypovídají, jak je neúspěch ve škole, problémové prostředí v rodině, nepřijetí a někdy i odmítnutí ze strany rodičů, přivedlo mezi kamarády na ulici a jak přestaly vidět smysl v jakémkoli snažení a práci, právě proto, že nabyly dojmu, že úspěch, pochvala nebo uznání, jsou nedosažitelnou záležitostmi. U těchto dětí je největším problémem právě prostředí primární rodiny, která je příčinou problémů jako citová deprivace, nedostatek lásky, nepochopení a absence bezpodmínečného přijetí dítěte¹¹. Matějček píše o citovém ochuzení jako o úrodné půdě pro pozdější asocialitu (Matějček, 2005). Na toto mnohdy navazuje nevhodné zacházení a nepochopení ze strany učitele. Dítě je odmítáno, trestáno, nálepkováno. To, jak toto vše mění prožívání dítěte, dokladuje věta, kterou pronesl nadprůměrně inteligentní chlapec (14 let, IQ 116) s ADHD během průběžného etopedického šetření: „Co byste chtěla od dětí z past'áku...“. Děti přijímají nálepku – neschopný, nešikovný, zlobivý, obtěžující, rušivý, zlý a velmi rychle si nacházejí stejně „postižené vrstevníky“.

Podle Michalové (2007) jsou tyto děti sekundárně deprivovány nedostatkem sociálního kontaktu a nevhodné chování je formou obrany projevující se zvýšeným úsilím dítěte o jeho akceptaci okolím.

Je jen otázkou času, kdy sekundární neurotizace přejde do disociálního chování, kriminality, užívání alkoholu, marihuany, drog, toulání se a útěkům, agresí a předčasným sexuální zkušenostem.

¹¹ Přijímání dítěte je od počátku určováno i aktuálním chováním dítěte. Vlivem SPCH bývá citový vztah narušen již od kojeneckého věku (narušená aktivizační úroveň, nadměrně dráždivé, neklidné dítě, poruchy příjmu potravy, atd.) (Michalová, 2007)

2.3.2 Historický vývoj názvů specifických poruchy chování

V minulosti se pro název specifické poruchy chování používalo množství různých termínů.

Vývoj těchto termínů byl následující:

Syndromy duševních poruch mozku – tento název vyjadřoval ve čtyřicátých letech především organické postižení - chybný vývoj způsobený strukturální poruchou mozku, aktuálním poškozením centrální nervové soustavy (traumatem, infekcí, hypoxií) a chybnou funkcí (nedostatečná nebo nadměrná stimulace). (Pešatová, 2007)

Minimální mozková dysfunkce (MMD) – tento název postihoval etiologii, vycházel z drobných poranění mozku vznikajících prenatálně, perinatálně či postnatálně.

Lehká dětská encefalopatie (LDE) – název pro hyperkinetickou poruchu používaný v padesátých letech, postihoval etiologii¹². Tento název zavedl psychiatr O. Kučera, který zdůrazňoval kontinuální ráz poruchy. (Michalová, 2007)

Lehká mozková dysfunkce (LMD) – název pro hyperkinetickou poruchu zavedený v šedesátých letech, zdůrazňuje etiologii a odkazuje na drobné mozkové poškození. V současnosti je u nás stále ještě používán. (Michalová, 2007)

Pojem LMD zahrnuje různé obtíže v chování způsobené množstvím negativních vlivů. Právě z tohoto důvodu byl navržen nový pojem, který vychází z chování a hodnotí stupeň impulzivity, hyperaktivity a koncentrace u dětí. Jedná se o pojem **Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)**. (Zelinková, 2007)

12 Klinický obraz poruchy - neurologický nález doplňuje nález psychologický a sociální.

Termín Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) vyjadřuje poruchu pozornosti s hyperaktivitou, lze jej překládat i jako hyperkinetický syndrom s poruchou pozornosti. Tento název byl zaveden v osmdesátých letech, zahrnuje projevy, symptomatologii. (Michalová, 2007)

Barkley (in Zelinková, 2007) rozlišuje **ADHD s agresivitou**¹³ a **ADHD bez agresivity**.

Termín Attention Deficit Disorder (ADD) je deficit pozornosti, porucha pozornosti. Název zahrnuje projevy, symptomatologii. (Pešatová, 2007)

ADD je porucha pozornosti, bez přítomnosti hyperaktivity a impulzivity, typická je neschopnost sledovat předávané informace. (Davidson a Neal in Michalová, 2007)

ADD je prostá porucha pozornosti, úroveň aktivace je v normě, problém je především v zaměření pozornosti na informační proces. (Zelinková, 2003)

Hyperkinetický syndrom – název, který v sedmdesátých a osmdesátých letech kladl důraz především na neklid, zahrnuje projevy, symptomatologii, je používán i v současnosti.

Termíny Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) a Attention Deficit Disorder (ADD) jsou z našeho pohledu pro školní praxi nejvíce vhodné. Každý pedagogický pracovník je schopný popsat projevy svěřeného dítěte a dle těchto projevů usoudit na možnou specifickou poruchu chování. Také rodič, který má zájem o dobré vedení svého dítěte, může pomocí dostupné literatury dospět k tomuto podezření a na základě toho vyhledat odbornou pomoc. Termín porucha pozornosti, soustředění s hyperaktivitou nebo bez hyperaktivity dobře vystihuje problémy dítěte.

¹³ Nesnášenlivost, hádavost, nedostatek sebeovládání, antisociální chování a nefunkční rodinné prostředí jsou typické pro děti s touto diagnózou. (Zelinková, 2007)

2.3.3 Příčiny specifických poruch chování

Lidský mozek je velmi složitý a neprobádaný. Jednoznačné příčiny SPCH nelze s jistotou určit. Příčiny se v současnosti připisují především dědičnosti (v 50 – 70 % případů) nebo jiným biologickým faktorům. V některých případech mohou být způsobeny poškozením mozku v prenatálním, perinatálním (20 – 30 %) i postnatálním období (10 %).

Prenatální faktory zahrnují příčiny genetické, infekční, psychické, endokrinní a nutriční. Mezi perinatální faktory jsou řazeny nedonošenost, přenošenost, protahovaný porod, překotný porod, abnormality polohy plodu, medikace při porodu způsobující anoxii. V období těsně po narození dítěte – v postnatálním období ohrožují dítě infekce, úrazy, jedy, toxiny, metabolické nebo cévní poruchy. Organické poškození mozku a opožděné zrání centrální nervové soustavy jsou častou příčinou diagnózy specifických poruch chování. (Michalová, 2007)

Genetické příčiny

Pfenseer (1997) zdůrazňuje rozdíl mezi hyperaktivitou zděděnou a vrozenou. Zděděná hyperaktivita je prostřednictvím genů přenášena z rodiče na dítě. Vrozená hyperaktivita je způsobena nějakými škodlivými vlivy během těhotenství nebo porodu.

Vzhledem k opakovanému výskytu diagnózy ADHD, ADD v některých rodinách, lze souhlasit s tvrzením většiny odborníků, že může být dědičnou záležitostí. Přičemž Zelinková (2007) uvádí, že zřetelněji dědičné je agresivní chování (ničení věcí, ubližování) než neagresivní projevy ADHD, ADD.

Podle Michalové (2007) mají na ADHD, ADD podíl genetické faktory přibližně v deseti procentech.

Biologické příčiny

Matoušek (in Renotíerová, Ludíková, 2006), Matějček (2005), Train (1997), Riefová (2007) a Michalová (2007), se shodují na tvrzení, že příčinou diagnózy SPCH je odchylka funkce centrální nervové soustavy. Jde o drobné poruchy v elektrické aktivitě mozku, sníženou hustotu mozkové tkáně v některých oblastech a zhoršení krevního zásobení mozku.

V oblasti kmenových ganglií a čelního mozku je u jedinců se specifickou poruchou chování prokázána menší metabolická aktivita. Tím pravděpodobně dochází k menšímu počtu spojení pomocí synapsí, poruše funkcí specifických nervových systémů v oblastech mozku zodpovědných za pozornost a paměť. (Michalová, 2007)

S tímto tvrzením souhlasí i Train (1997). ADHD, ADD, také podle něj, souvisí s porušenými chemickými pochody v mozku. Funkce přenašečů signálů mezi neurony (neurotransmitterů) je narušena. Látky jako dopamin, norepinefrin a serotonin mají vliv na schopnost koncentrace pozornosti, cítění a způsob myšlení. Jejich dysfunkce může způsobit poruchu chování. Pomocí léků lze v některých případech posílit funkci neurotransmitterů a tím i ovlivnit chování dítěte.

Prekopová a Schweizerová (2008) popisují ADHD, ADD jako neurologickou poruchu postihující část mozku, kde probíhá zpracování impulzů a třídění smyslových vjemů. Tato oblast se podílí zároveň na schopnosti soustředění, vytrvalosti, sebeovládání, koordinaci pohybů. Jedinec není schopen selekce mezi podněty a je těmito podněty zahlcen. Nemůže správně a vhodně reagovat. Mluvíme o dysfunkci mozku, organickém postižení.

Díky výzkumům a odborné literatuře jsou již dnes schopni dospělí jedinci s ADHD, ADD popisovat svoje problémy a těžkosti ve školním věku. Díky lékařským vyšetřením lze stanovit poškození CNS a diagnózu ADHD, ADD.

Životní prostředí, alergie

Přímá spojitost mezi ADHD a škodlivými látkami (olovo, rtuť, hliník, výpary z barev a laků, formaldehyd nebo elektrosmog) nebyla prokázána, ačkoli tyto látky mohou způsobovat zhoršení problému. Train (1997) upozorňuje také na to, že ADHD není ani formou alergické reakce na stravu.

Naproti tomu Pferseer (1997) tvrdí, že alergická reakce může být příčinou poruchy látkové výměny a tím způsobit nedostatečné fungování mozku. Mozek přestává být dobře zásoben kyslíkem a nemůže pracovat tak, jak by měl. Dítě se stává neklidným, hyperaktivním.

V této souvislosti je třeba zmínit, že špatná sociální, sociokulturní a socioekonomická situace často problémy dětí s ADHD prohlubuje. Dítě s ADHD se hůře vyrovnává s novými a zatěžujícími situacemi (strach ze školy, rozvod rodičů, narození sourozence, úraz, nemoc). Musí v těchto situacích reagovat a dítě s ADHD reaguje v rámci svých možností. Symptomy ADHD jsou většinou zintenzivněny. Problémy a poruchy chování se zhoršují. Pokud se nedostane dítěti odpovídající péče a pozornosti ze strany dospělých, snadno se rozvinou poruchy chování nespecifické¹⁴. Tímto procesem prošla většina dětí umístěných v Dětském domově se školou.

2.3.4 Příznaky a projevy hyperaktivity

Train (1997) a Pferseer (1997) uvádí, že děti s diagnózou ADHD jsou neklidné již v prenatálním období. Již v děloze se tyto děti pohybují daleko více než jejich sourozenci. V batolecím věku se neustále někam ženou, všechno chtějí vyzkoušet, jsou pro rodiče velmi vyčerpávající. Typickým znakem pro tyto děti je narušení aktivační úrovně.

Pferseer (1997) zmiňuje, že dítě s ADHD nemá mnohdy ráno fyzický kontakt (mazlení).

Matějček (2005) píše o nápadně nerovnoměrném vývoji jednotlivých mentálních funkcí. V něčem se dítě projevuje velmi vyspěle (intelektuální vědomosti a znalosti v určitém oboru či směru) a v něčem nápadně zaostává za vrstevníky (sociální kontakt, empatie, spolupráce, špatná orientace v prostoru a čase, tělesná neobratnost). V této souvislosti se Matějček (1997) dále zmiňuje o zvýšené aktivitě, nesoustředěnosti, malé vytrvalosti pozornosti a její nízké intenzitě, impulzivitě, nápadných výkyvech nálad a duševní výkonnosti.

S tímto popisem dítěte s ADHD souhlasí Prekopová a Schweizerová (2008). Hyperaktivní dítě je neustále v akci, nic nenechá na pokoji, nic neudělá v klidu, všechno musí projít jeho rukama, všechno musí ohmatat. V klidu není, ani když dělá svoji oblíbenou

14 Nespecifické poruchy jsou všechny poruchy vzniklé z jiných příčin než poruchy specifické.

činnost. Kývá nohama, houpe se na židli, škrábe se na hlavě. Ve škole je nepřehlédnutelné. Pro takové dítě je vyučování trýzeň a výzva zároveň. Je vydáno všem rozptýlením a neumí zaměřovat svou pozornost na zadaný úkol, často přebíhá od jedné činnosti ke druhé.

Školní věk je pro dítě se SPCH těžkým obdobím. Matějček (2005) upozorňuje na to, že v mateřské škole nejsou ještě na dítě kladeny takové požadavky ve smyslu kázně a udržení pozornosti, dítě nepůsobí zvláště nápadně. Avšak se vstupem do školy začíná dítěti nové období, kdy se naplno projeví jeho postižení.

Díky své hyperaktivitě, nepozornosti, neklidu a neschopnosti se ovládat, se dítě s SPCH jeví učiteli od začátku jako problémové. Dítě nedává pozor při vyučování, vykřikuje, otáčí se, bývá podrážděné, někdy lze pozorovat projevy agrese. Není schopno využít svých schopností a reagovat přiměřeně svému věku. Výkyvy ve výkonu jsou většinou prohlubovány přítomností specifických poruch učení. Dítě bývá napomínáno a trestáno, dochází ke konfliktům ve vztazích učitele a rodičů. (Michalová, 2007)

Pferseer (1997) upozorňuje, že hyperaktivní dítě se často dostává, díky své nešikovnosti a neobratnosti, do role „třídního šaška“. S přibývajícím věkem si dítě stále více uvědomuje svou odlišnost od ostatních dětí, jeho sebevědomí a sebehodnocení je na nízké úrovni.

Drtilová a Koukolík (1994) popisují ADHD jako soubor těchto příznaků: nadměrná aktivita, poruchy vnímání ve vztahu k hybnosti (nešikovnost), citová nevyváženost, poruchy sladění jednotlivých složek chování, poruchy pozornosti, impulzivita, poruchy paměti a myšlení, vývojové poruchy učení, neurčité a rozmanité neurologické příznaky.

Dle Traina (in Renotiérová, Ludíková, 2006) jsou časté změny nálad, emoční labilita, snížená tolerance k zátěži, nedostatek koordinace patrný nejen v pohybové aktivitě, ale i v řeči, nedostatečná orientace v prostoru a čase, problémy s pravolevou orientací, úzkostné stavy, obtíže v komunikaci a specifické vývojové poruchy řeči a učení, typické pro děti s diagnózou ADHD.

Všichni autoři odborné literatury se s tímto popisem ztotožňují, i když připouštějí, že jsou u každého dítěte trochu jiné a v jiné intenzitě. Proto je někdy obtížné diagnózu ADHD včas rozpoznat a stanovit. Zvláště u lehčích forem mohou být příčiny projevů chování spatřovány jinde než v organickém postižení.

Michalová (2007) udává přehled nejčastěji uváděných symptomů ADHD z pedagogického hlediska:

- hyperaktivita,
- poruchy pozornosti a schopnosti soustředění,
- emocionální labilita,
- percepční motorické oslabení,
- poruchy myšlení a řeči,
- neurologické příznaky.

Neklid, obtíže v soustředění, impulzivita, tělesná neobratnost, obtíže v jemné motorice, artikulační neobratnost, obtíže ve vnímání, v představách a v myšlení, to jsou příznaky hyperaktivity, tak jak je popisuje odborná literatura. Pokud u dítěte přetrvávají a projevují se v jeho chování nepřiměřeným způsobem, mělo by být dítě vyšetřeno odborníky, stanovena diagnóza a na dítě by měli učitelé, rodiče a ostatní dospělí, podílející se na jeho výchově a vzdělávání, nahlížet jako na dítě se speciálními potřebami a podle toho s ním odborným způsobem zacházet.

2.3.5 Příznaky a projevy hypoaktivity

Michalová (2007) a Zelinková (2007) popisují projevy ADD takto: snížený stupeň aktivity, nápadně apatické dítě, bez zájmu o jakýkoli pohyb, sport a hry. Často se jeví jako velmi unavené. Pokud takové dítě sedí v zadních lavicích, podaří se mu při vyučování i usnout. Nedokáže se soustředit na zadaný úkol a obtěžuje ho jakákoli činnost. Ve třídě většinou nemá kamarády, má problémy v navazování sociálních kontaktů. Spolužáci se mu smějí pro jeho pomalost a neschopnost jakékoli akce. Ve škole je hodnoceno jako neúspěšné.

Barkley (in Zelinková, 2003) uvádí, že dětí s diagnózou ADD je méně, ale častěji se u nich vyskytuje porucha učení než u dětí s diagnózou ADHD.

Train (1997) nazývá ADD Generalizovanou poruchou pozornosti, v popisu příznaků se shoduje s ostatními autory.

Průzkumy ukazují, že dětí s ADD je méně, než dětí s ADHD. Přesto jsme se s několika takovými dětmi na středním odborném učilišti setkali a je opravdu překvapivé, jak tyto děti nemají sílu udržet nejen pozornost, ale i samy sebe v bdělém stavu. Často si pokládají hlavu na lavici a zavírají oči. Nepomůže jim ani přesazení do první lavice. Chvilí spolupracují, lze pozorovat snahu z jejich strany, ale únava je většinou přemůže. Často mají velmi špatné známky, propadají. Na poruchu ukazuje také to, že v těchto případech nepomáhají ani domluvy, motivace a ani tresty. Na střední škole nemá téměř žádné dítě platné potvrzení z pedagogicko-psychologické poradny. Tím je dáno i jeho hodnocení většinou učitelů jako líný, bez zájmu, lhostejný, nevychovaný.

2.4 Problémy spojené se specifickými poruchami chování a jejich sekundární následky

Odborníci se shodují na tom, že specifické poruchy chování jsou u dětí velmi často spojeny se specifickými poruchami učení¹⁵. Tyto potíže může dítě mít i přes průměrnou či nadprůměrnou inteligenci¹⁶.

Specifické poruchy učení jsou přítomny u žáků se specifickými poruchami chování přibližně v 50 %, jsou vývojově podmíněné a provázejí člověka po celý život. (Michalová, 2008)

Munden a Arcelus (2008) popisují tyto problémy dětí s ADHD, ADD:

- 90 % dětí zvládá jen podprůměrně školní práci,
- 90 % dětí ve škole nestačí,
- 20 % dětí má potíže se čtením,
- 60 % dětí má velké problémy s rukopisem.

Upozorňují na to, že děti mají malou motivaci a nízké sebevědomí, což může ukazovat na to, že rodiče a učitelé s nimi špatně pracují. Učitelé si neuvědomují, že projevy ADHD, ADD jsou projevy poruchy a je žádoucí s nimi odborně pracovat.

Poruchy pozornosti a aktivity jsou rizikové pro rozvoj sekundární neurotizace a sociální nezralosti až k poruchám osobnosti. Na příznaky primární (hyperkinetický syndrom) navazují příznaky sekundární (poruchy chování, poruchy osobnosti a neurotizace). Přibližně 65 % dětí s ADHD má zároveň poruchu opozičního vzoru a více než 80 % dětí

15 Dyslexie – neschopnost naučit se číst běžně používanými výukovými metodami.

Dysgrafie – potíže s grafickou stránkou písemného projevu.

Dysortografie – neschopnost aplikovat i naučená pravopisná pravidla.

Dyskalkulie – specifická porucha počítání a matematického úsudku.

Dyspraxie – specifická porucha motorické koordinace.

Dysmuzie – specifická porucha hudebních schopností.

Dyspinxie – specifická porucha kreslení.

16 SPU - projevují se v oblasti čtení, psaní, slohu, matematice, společenských věd, přírodních věd a cizích jazyků. Děti mají problémy s osvojováním a zpracováním informací, potíže s pamětí, s tříděním získaných informací, udržením pozornosti a soustředěním, se znovuvybavováním osvojených informací, s chápáním dějů v čase a jejich logickým uspořádáním, potíže s porozuměním slyšenému či viděnému. Tyto děti vyžadují individuální přístup. (Martin, 1997)

s poruchou opozičního vzdorů má přidruženou ADHD. (Pešatová, 2007)

Train (in Renotierová, Ludíková, 2006) udává, že 70% dětí s ADHD, ADD trpí přidruženými problémy. Kromě výše uvedených, to mohou být úzkostné stavy a poruchy nálad, obtíže v komunikaci či Tourettův syndrom¹⁷.

Sekundární potíže (pocit méněcennosti, vlastní nedostatečnosti, odpor ke škole, problémy s vrstevníky, učiteli i rodiči), jako důsledek SPCH a SPU vznikají, pokud žák vnímá nesoulad mezi požadavky okolí a vlastními možnostmi. Jeho výsledky nejsou úměrné vynaložené snaze. Pokud je i rodina dysfunkční, má potřebu dosáhnout alespoň nějaké identity a nějakého ocenění, i když společensky neakceptovatelného (například uspokojí potřebu své seberealizace prostřednictvím vandalismu). (Michalová, 2004)

Sekundární poruchy chování na podkladě SPCH a SPU se rozvíjejí nevhodným přístupem. Sekundárními příznaky jsou poruchy chování, poruchy osobnosti a neurotizace. Dítě se nedokáže adekvátně sociálně přizpůsobit, je negativistické, může být všeobecně odmítáno. Poruchy chování se často projevují a fixují i v povahových rysech. (Pešatová, 2007)

V pozdní adolescenci se projevují poruchy chování sociální maladaptací¹⁸ pojící se často se závislostmi nebo kriminálním chováním. V dospělosti se u takového jedince může projevit specifická porucha osobnosti dissociální nebo emočně nestabilní. (Pešatová, 2007)

Munden a Arcelus (2008) upozorňují, že jedinci s ADHD začínají užívat alkohol, nikotin a další návykové látky, dříve, než jedinci bez této diagnózy a že mají k užívání návykových látek větší sklony. Rozšířené je i užívání marihuany¹⁹.

Problémy dětí s ADHD, ADD nemizí ani v dospělosti. (Renotierová, Ludíková, 2006)

ADHD, ADD se vyskytuje ve větším množství u mužů než u žen. Dospělí s ADHD, ADD se vyznačují menším smyslem pro pořádek, výbušností v pracovních kontaktech, nikotinismem a kofeinismem, menší spolehlivostí, problémy s organizací času, problémy se studiem spojené se čtením a psaním, nižší nebo naopak zvýšené sebevědomí, impulzivitou, vnitřním neklidem a výbušností v kontaktu s partnerem. (Michalová, 2007)

Jedinci s ADHD, ADD mají v životě často problémy v dosahování úspěchů ve vzdělávání, zaměstnání a v sociálních kontaktech.

17 Tourettův syndrom – typické jsou tiky, mrkání, trhání hlavou a končetinami, grimasy. Pokud není rozpoznán, bývají děti trestány za zlozvyky a zlobení.

18 Sociální maladaptace - neschopnost adekvátní kontroly a spolupráce, začlenění do kolektivu, nevhodné chování vzhledem k věku.

19 Z výpovědí dětí na středním odborném učilišti i v Dětském domově se školou, vyplývá, že užívání marihuany je v současné době velmi rozšířené, cílem je uvolnění a posílení slabé sebedůvěry a odvahy.

Z výše uvedeného popisu sekundárních následků SPCH lze usuzovat na to, jak velmi důležité je včasná diagnóza a uplatňování správného přístupu.

Také Michalová (2007) píše o shodném názoru odborníků na fakt, že pocit méněcennosti vzniká okolo desátého roku věku dítěte a pozdější změna sebepojetí je velmi obtížná. I toto hovoří pro nutnost dobré informovanosti okolí dítěte o jeho poruše. Již v předškolním věku je možné učinit potřebná opatření a od počátku školní docházky předcházet mnoha problémům. Diagnostika by měla podávat objektivní informace a doporučení pro rodiče, pedagogické pracovníky, případně pracovníky pomáhajících profesí.

2.5 Komplexní péče o děti se specifickými poruchami chování

Komplexní péče o děti s ADHD, ADD (Riefová, 2007) je zajištěna:

- spoluprací s poradenským zařízením (pedagogicko-psychologická poradna, speciálně pedagogické centrum, rodinná terapie),
- individuálním poradenstvím (zvládání technik a strategií řešení problémů, zvyšování sebeúcty a odolnosti vůči stresu),
- kognitivní terapií (dítě se učí ovládat vlastní chování a promýšlet věci předem),
- nácvikem sociálních dovedností,
- opatřením ze strany školy (úprava učebního prostředí, výchovná opatření, řízení chování),
- možnostmi tělesné aktivity (plavání, bojová umění, gymnastika, běh),
- lékařskou péčí (farmakoterapie),
- vzděláváním rodičů, aby byli schopni dítěti pomáhat a podporovat jej (rodičovské skupiny, kursy, semináře).

Komunikace mezi učiteli a rodiči by měla zahrnovat jasné sdělování očekávaného, snadnou dosažitelnost učitele pro rodiče a citlivý přístup ze strany učitele.

2.5.1 Odborné poradenství

Poradenství a další pomoc zajišťují pedagogicko-psychologické poradny (PPP), speciálně pedagogická centra (SPC), střediska výchovné péče (SVP), poradny pro manželství, rodinu a mezilidské vztahy, dys-centra, zdravotnická pracoviště (pediatrie, dětská neurologie, psychiatrie, klinická psychologie a psychoterapie, logopedická ambulance), centra EEG biofeedback terapie (terapie formu hry na počítači).

Tyto instituce diagnostikují, ve spolupráci s dalšími odborníky a rodiči, poruchy učení a chování, doporučují tolelanci obtíží dítěte, jeho integraci či jeho zařazení do specializované třídy nebo speciální školy. Rodiče musí s pedagogicko-psychologickým vyšetřením souhlasit.

Kromě psychologa a speciálního pedagoga se na diagnostice podílí i lékař (neurolog, psychiatr), který doporučuje, u těžších forem, medikamentózní léčbu.

Výsledkem komplexního zmapování osobnosti dítěte s poruchou chování je výstupní zpráva, z níž vycházejí intervenční opatření a jednotlivé dílčí kroky vedoucí k tomu, aby dítě bylo schopno vycházet s jinými lidmi, dodržovat stanovené společenské normy, vyvíjet se v duševně zdravého člověka a využít svůj potenciál, svoje možnosti. Ze závěrečné zprávy vychází Individuální výchovně-vzdělávací plán.

2.5.2 Vzdělávání dětí se specifickými poruchami chování

Vzdělávání dětí s ADHD, ADD a specifickými poruchami učení u nás zajišťují:

- běžné základní školy (speciální přístup dobře informovaných pedagogů, individuální integrace²⁰),
- specializované třídy pro děti se specifickými poruchami učení a chování, jsou zřizovány při běžných školách (skupinová integrace²¹),
- speciální školy pro děti se specifickými poruchami učení a chování.

Pokud je u dítěte diagnostikována ADHD, ADD či specifické poruchy učení lehčího stupně, má dítě nárok na toleranci při hodnocení a klasifikaci. Pokud je stupeň ADHD, ADD a specifických poruch učení závažnější, může být navržena integrace (nutný souhlas rodičů). Pokud je dítě integrováno, dostává škola zvýšený finanční normativ na toto dítě (na péči o ně ve škole, vázán na vytvoření IVP²²). Ve škole jsou organizovány různé formy nápravy a terapie, žák dochází na pedagogickou a psychologickou terapii do pedagogicko-psychologických poraden. (Arcelus, Munden, 2008)

20 Individuální integrace je možná i ve speciální škole určené pro žáky s jiným druhem postižení (§ 3, Vyhláška MŠMT č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných).

21 Skupinová integrace je také možná ve speciální škole určené pro žáky s jiným druhem postižení.

22 IVP – individuální vzdělávací plán

Pokud dítě potřebuje při výuce soustavný speciálně-pedagogický přístup, je možné toto dítě zařadit do specializované třídy nebo do speciální školy²³. V dnešní době převládá trend integrace dítěte. Avšak, jak píše Michalová (2007), není vždy úplně jisté, že integrace do běžné třídy je to nejlepší pro zdravý vývoj dítěte. Výsledky výzkumů (Michalová, 2007) ukazují na fakt, že děti s SPCH a SPU jsou předurčeny k problémům v sociální oblasti. Učitelé ve speciálních školách jsou v dané oblasti lépe informováni a ve všech směrech umí s dítětem s SPU a SPCH lépe zacházet. Integrované děti mají větší problémy se sebehodnocením než děti zařazené ve specializovaných třídách.

Individuální vzdělávací plán

Dítěti se speciálními potřebami musí být poskytnuta speciální péče. Forma této péče se odvíjí od možností konkrétní školy a konkrétního dítěte. Předpokladem úspěchu každého opatření je fungující spolupráce s rodiči.

Individuální vzdělávací plán je závazným dokumentem, umožňuje žákovi pracovat individuálním tempem, dle jeho možností, působí na žáka i motivačně a zbavuje ho stresu ze srovnávání s vrstevníky. Cílem individuálního vzdělávacího plánu je nastavení optimální úrovně, na které může žák pracovat. Na jeho tvorbě se podílí učitel, pracovník provádějící reedukaci, ředitel školy, žák a jeho rodiče, pracovník pedagogicko-psychologické poradny nebo speciálně pedagogického centra.

Pro učitele je podkladem pro individuální přístup k žákovi. Rodiče jsou zodpovědní za výsledky žáka a žák přebírá též zodpovědnost za výsledky reedukace.

Individuální plán na jedné straně sleduje obsah vzdělávání, metody a postupy. Na druhé straně specifické obtíže, příznaky, eliminaci problémů a poukázání na pozitivní oblasti vývoje. (Zelinková, 2007)

Náležitosti individuálně vzdělávacího plánu se řídí Vyhláškou č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních.

²³ Rozhoduje ředitel školy, PPP nebo SPC dává doporučení a je nutný souhlas rodičů.

Individuálně vzdělávací plán obsahuje následující body:

- jméno žáka,
- datum narození,
- škola,
- třída,
- vyšetření dne (závěr je přílohou IVP),
- učební dokumenty (nutné, pokud má žák výrazné mezery ve vědomostech díky vysoké absenci nebo pokud u žáka jsou diagnostikovány také specifické poruchy učení),
- vyučovací předmět (konkrétní cíle, úprava organizace výuky ve škole i doma, v případě potřeby doučování, forma zadávání úkolů, způsob hodnocení a klasifikace, pedagogické postupy),
- speciálně pedagogická a psychologická péče v rámci školy:
 - v rámci školní výuky (úlevy, tolerance, přístupy k žákovi),
 - mimo vyučování ve školním prostředí (relaxace, cvičení na posilování pozornosti, terapie, interakční hry),
 - potřeba dalšího pedagogického pracovníka ve výuce (osobní asistent, další pedagog ve výuce),
 - širší slovní hodnocení průběžné či závěrečné,
- speciálně pedagogická a psychologická péče mimo školu:
 - způsob domácí přípravy a její kontrola,
 - doporučené vhodné aktivity ve volném čase,
 - požadované lékařské vyšetření (pedopsychiatr, neurolog),
- seznam potřebných pomůcek (relaxační pomůcky, hudba, materiály k posilování koncentrace pozornosti, názorné pomůcky do výuky),
- jmenovité určení pracovníka poradenského zařízení, se kterým bude škola spolupracovat (formou konzultací, formou přímé práce – vedení terapií, relaxací),
- finanční požadavky:
 - na pracovníka provádějícího přímou odbornou práci se žákem,
 - na asistenci,
 - na pomůcky,

- podíl žáka na řešení problému,
- způsob komunikace se zákonnými zástupci,
- konkrétní společné výchovné postupy (pedagog – zákonný zástupce) a způsob kontroly jejich dodržování,
- seznam osob, které se podílely na vypracování IVP,
- datum vypracování,
- údaj o platnosti IVP (u SPCH je doporučováno IVP vypracovávat pololetně i čtvrtletně a upravovat jej formou příloh a pokud zákonní zástupci nedodrží pravidla, je nutné přehodnotit význam opatření),
- podpisy (ředitel školy, třídní učitel, zákonný zástupce, odpovědný pracovník poradenského zařízení, žák). (Michalová, 2007)

Žáci s ADHD, ADD nutně potřebují řád, přehledné a strukturované prostředí. Jasná pravidla, přesné vymezení toho, co se od nich očekává, úkoly rozložené na menší části a jejich názorné předvedení učitelem, srozumitelné instrukce, zpětná vazba, pomoc s uspořádáním pomůcek a pracovního prostoru a pomoc při změně činností, jsou předpokladem úspěšné práce s těmito žáky.

2.5.3 Práce s dětmi se specifickými poruchami chování ve škole

V práci s dětmi s ADHD, ADD je důležité, aby byl učitel ochotný pracovat s žákem na osobní rovině, byl ochotný naslouchat, povzbuzovat ho a respektovat jeho potřeby. Komunikace s rodiči by měla být otevřená. Učitelé by si měli být vědomi, že ADHD, ADD je záležitostí fyziologického a biologického rázu. Pro každé dítě by měl být nalezen pro něj nejefektivnější styl učení.

Jak píše Riefová (2007), styl učení konkrétního dítěte je utvářen:

- prostředím (osvětlení, teplota, úprava, ticho, zvuková kulisa),
- sociálními prvky (zaměření na práci ve dvojicích, skupině, zaměření na sebe, autoritu),
- emocionálními prvky (motivace, vytrvalost, smysl pro řád),
- fyzickými prvky (převažující vnímání, potřeba pohybu, fyziologické potřeby).

Ze statistických informací vyplývá (Riefová, 2007), že jedna třetina žáků nezpracovává informace sluchově, více než 60 % žáků podává lepší výkon při dotekově - pohybových učebních činnostech, analytické úlohy zaměřené na levou hemisféru nevyhovují potřebám nejméně poloviny žáků.

Dětem s ADHD, ADD nejvíce prospívá styl kooperativního učení, kdy se mohou v malé skupině nejlépe učit sociálním dovednostem, rychleji dostávat zpětnou vazbu a nemusí dlouho čekat, až přijdou na řadu. Kooperativní učení poskytuje základ pro udržení stabilní rodiny, úspěšného pracovního zařazení a získání stálé skupiny přátel. Ve třídě vytváří dobré vztahy, při společném dosahování cílů je vytvářen pozitivní vztah mezi žáky, rozvíjí se komunikační dovednosti. Žáci jsou více motivováni, zvyšuje se jejich sebeúcta, méně vyrušují a intenzivněji pracují na úkolech. Všechny učební situace lze i tak uspořádat, aby žáci mezi sebou mohli spolupracovat. (Riefová, 2007)

Odborníci se shodují na tom, že děti s ADHD, ADD nejhůře zvládají přechody od jedné činnosti k druhé a volný čas mezi hodinami ve škole, ve frontě na oběd, při cestě na toaletu, při čekání na autobus. Z tohoto důvodu je dobré žáka připravit na nastávající změnu v denním rozvrhu (exkurze, suplování), vysvětlit a s mladšími žáky i nacvičit nové vzorce chování. Pokud je potřeba žáky upozornit na blížící se konec nějaké činnosti, je vhodné použít různé signály (zvonek, hudba). U aktivit sedavých a dlouhodobých je vhodné zařazovat přestávky na protažení a osvěžení. Po obědě nebo hodině tělesné výchovy je třeba zařadit relaxační aktivity. Všechny zvládnuté činnosti a aktivity je třeba odměňovat.

Munden a Arcelus (2008) spatřují účinnou pomoc dětem s ADHD ve škole ve speciální péči začínající depistáží ve školách zaměřenou na včasnou identifikaci dětí s ADHD. Následuje rychlé vyšetření dětí a stanovení diagnózy, v případě potřeby léčba, psychologická a vzdělávací opatření.

Matějček (2005) upozorňuje na to, jak je důležitá informovanost učitele o příčinách

problémů dítěte a stálá spolupráce s rodiči. Povzbuzení a pochvala je zde na místě i za snahu dítěte a ochotu pracovat. Dostatek pohybu i během vyučování je předpokladem vyšších výkonů, dítě se potřebuje nejprve tzv. „pohybově uvolnit“, aby se mohlo následně lépe soustředit.

Dle Traina (2001) je opětovné promýšlení postojů učitele a postupů ve vyučovacím procesu vzhledem k dítěti s ADHD, ADD velice důležité.

Tento názor sdílí většina odborníků a Zelinková (2003) toto zdůvodňuje tím, že je dnes již zřejmé, že všechna doporučení práce s dětmi s ADHD, ADD nejsou obecně platná. Jako příklad uvádí to, že různé projevy poruch koncentrace pozornosti vyžadují různé přístupy a časté změny činností nejsou vhodné pro všechny děti. Doporučované postupy jsou nadále předmětem výzkumů a tyto umožňují další specifikovanější diagnózy a diferenciovanější přístupy k jednotlivým dětem.

Prevence problémového chování

Naučení žáků pravidlům, používání metody pozitivního posilování (zpevňování) žádoucího chování, komunikace mezi školou a rodiči, kvalitní příprava učitele, fungují většinou jako prevence problémového chování.

Zásady prevence problémového chování dle Riefové (2007):

- jasně sdělené požadavky na žáky,
- dostatečné vysvětlení toho, co je ve třídě přijatelné a co ne,
- jasná struktura vyučování a jasně daná pravidla pro opakující se činnosti,
- předvídatelnost a důslednost v jednání učitele,
- nácvik žádoucího chování a rutinních úkolů, opakování požadavků a pravidel,
- jasně stanovené důsledky nežádoucího chování,
- důslednost při dokončování úkolů,
- učitelovo porozumění, pružnost a trpělivost,
- předcházení problémům preventivními taktikami,
- individuální přístup ze strany učitele.

Martin (1997) kromě výše uvedeného doporučuje dítě pověřovat různými úkoly (rozdávání sešitů) a upozorňuje na to, aby učitel pravidla nepřipomínal příliš často, dítě by je mohlo přestat jednoduše vnímat.

Úkoly je vhodné dělit na menší celky, které dítě zvládne. Nabídkou řady alternativních činností je zajištěna přiměřená stimulace dítěte. Obrácením pozornosti na jinou činnost lze předejít asociálnímu chování. Dítě by mělo mít možnost úniku – vymezení klidného místa. (Train, 2001)

Dítě s ADHD, ADD nebo poruchami učení má potíže s chováním nejen ve škole, ale i doma a v mnoha dalších situacích ve společnosti. Jak již bylo řečeno, každé dítě je originál a i projevy jeho poruchy jsou originální a pro dané dítě specifické. Dítě je během dne vystaveno mnoha podnětům, více než kdy dříve. Svět kolem něj nabízí spoustu lákadel, věcí a činností. Dítě je vystaveno působení médií. Požadavky na něj kladené stoupají a dítě je mnohdy unavené a přetížené. Pokud se přidají další momentální těžkosti (úmrtí v rodině, rozvod rodičů, neodhalená šikana), nemusí být dítě schopné toto vše zvládat. Učitel by měl být citlivý k potřebám dětí obecně a reagovat na změny v jejich chování, které se může u dítěte s ADHD, ADD velmi zhoršit, neboť toto dítě hůře ovládá svoje emoce a chování celkově.

Train (1997) doporučuje, aby dospívající dítě mělo možnost mluvit o své poruše s dětmi se stejnou diagnózou, s rodiči a odborníky, aby si o této diagnóze četlo. Dále, aby bylo členem nějakého oddílu nebo skupiny, kde bude moci být úspěšné (cvičení, bojová umění), aby mělo někoho (ne člen rodiny), kdo se o danou problematiku zajímá a bude dítěti oporou. A v neposlední řadě, aby dítě dokázalo přijmout samo sebe a nevnímalo ADHD jako známku slabosti charakteru, ale jako určité onemocnění a postupně se naučilo obtíže zmírňovat a vyrovnávat.

2.5.4 Terapeutická pomoc

Terapeutická pomoc zahrnuje péči psychologickou, speciálně pedagogickou, psychiatrickou, školní a rodinnou. Mezi nejvíce užívané techniky v péči o jedince s ADHD patří kognitivně-behaviorální terapie, multimodální přístup (minimálně dva psychoterapeutické přístupy a rodinná terapie), rodinná terapie, psychoanalytická terapie,

pracovní terapie, komunitně orientovaná terapie a farmakologická léčba. (Michalová, 2007)

Elliot a Place (2002) kladou důraz na potřebu naučit děti metody k uvědomování si a ovládání pozornosti a chování. Mohou to být různé alternativy chování, pro chvíle, kdy nevědí, co mají dělat (pohled na tabuli s instrukcí, zvednutí ruky). Informovaný učitel může častěji kontrolovat porozumění látce žáka s ADHD, ADD (zastavením výkladu a položením otázky). Taková spolupráce mezi učitelem a žákem vytváří atmosféru důvěry a dítě méně vyrušuje, je více chváleno a odměňováno. Stresové situace lze dětem pomoci překonávat naučením strategií vedoucích ke zklidnění a uvolnění. Mezi tyto strategie patří kontrolované, uvědomělé dýchání, pohybová cvičení, vizuální znázornění a řízená imaginace, používání hudby.

Příklady terapeutických programů (Michalová, 2007):

Videotrénink interakcí (VTI) – tato metoda vznikla na počátku 80. let 20. stol. v Holandsku a je používána jako krátkodobá progresivní metoda intervence při poruchách interakce mezi aktéry komunikace (rodič – dítě, učitel – žák, pomáhající – klient) nebo jako metoda na podporu úspěšné komunikace v různých kontextech pomáhání i profesionálního rozvoje pomáhajících. Cílem je osvojení si kvalitních způsobů komunikace, vytváření dobré atmosféry ve škole i v rodině. Terapeut natáčí pomocí videokamery běžnou situaci – v rodině, ve škole (10 - 15 minutový záznam interakce), analyzuje tyto záběry, vybírá sekvence, které bude vhodné s rodiči, dětmi či učitelem prodiskutovat. Během této diskuse, která je nejdůležitější fází terapie, poskytuje terapeut zpětnou vazbu a zdůrazňuje to, co tvoří úspěšný kontakt. Terapie trvá od jednoho do šesti měsíců.

Obrázek 1 Práce terapeuta.



Program HYPO – HYperaktivita a POzornost, program zaměřený na předškolní děti, vhodný i pro děti v době odkladu školní docházky. Může být využíván i u dětí v první třídě jako procvičovací program. Trvá dvanáct týdnů. Deset týdnů dostávají rodiče materiál pro práci s dítětem, jsou pravidelně instruováni o tom, co budou v následujícím týdnu s dítětem dělat, cvičit a procvičovat pomocí hry. Dítě si hry vyzkouší a seznámí se s materiálem k práci, to vše při instruktáži. Úkoly jsou na místě upravovány podle schopností dítěte. Průběžně jsou vedeny záznamy (z rozhovorů s rodiči) o průběhu činností a zvládnutí úkolů. V jedenáctém a dvanáctém týdnu je program tvořen úkoly, které dítě nezvládlo a motivačním úkolem již zvládnutým. Úkoly jsou zaměřeny na posilování pozornosti (koncentrace, udržení a přenášení pozornosti). V průběhu setkávání probíhá terapeutická práce (rodič – dítě). Program lze využít i pro skupinovou práci.

KUPOZ – (KUncová, POZornost). Program byl tvořen dr. Kuncovou a je zaměřen na děti mladšího školního věku do dvanácti let. Pod odborným dohledem pracují rodiče s dítětem patnáct týdnů na zadaných úkolech. Každý den plní dítě čtyři úkoly zaměřené na rozvoj dílčích percepčně - poznávacích funkcí. Jedna lekce se procvičuje jeden týden a stoupá obtížnost úkolů. Následující lekce jsou sestaveny z jiných typů úkolů, obtížnost stoupá od lekce k lekci. Některé úkoly jsou limitované časově. Dítě se odnaučuje úzkosti z časového omezení.

KUMOT – (KUncová, MOTorika). Také tento program byl tvořen dr. Kuncovou a je určen pro děti od pěti do osmi let k rozvoji motoriky. V deseti lekcích, formou skupinové práce, dítě rozvíjí hrubou i jemnou motoriku, včetně motoriky mluvidel. Děti se učí komunikaci, vnímání a vyjadřování svých citů, ovládat agresivitu. Rytmizace a písničky pomáhají k uvolnění. Výsledky jsou individuálně hodnoceny spolu s rodiči.

Farmakoterapie

Farmakoterapie je léčba za pomoci léků.

Léky, používané u dětí s ADHD, ADD působí tak, že posilují přenašeče signálů mezi neurony (neurotransmitery). Dělí se do dvou kategorií:

- stimulancia: umožňují se dítěti lépe soustředit, mírnit stupeň aktivity a impulzivní vzorce chování (Ritalin, Dexedrin a Cylert),
- tricyklická antidepresiva: používají se u dětí, které nemohou užívat stimulační prostředky nebo které jeví známky deprese (Tofranil, Norpramin, Elavil)

Dalšími používanými léky v České republice jsou nootropica (Nootropil, Kalicor, Oicamid, Piracetam), která se podávají často při opožděném vývoji motoriky a současně psychiky a nezralosti v EEG. Nootropica zvyšují schopnost využití kyslíku a glukózy z krve a zlepšují regionální prokrvení centrální nervové soustavy, tím upravují metabolismus nervových buněk. Dochází ke zmírnění neklidu, zlepšení koncentrace pozornosti. Podávají se i u dětí s vývojou dysfazií, dále s dysgrafií, dyslexií, dyskalkulií a dysortografií. Hyperkinetický syndrom v některých případech ovlivňuje i antiepileptika. (Riefová, 2007)

Z podstaty ADHD, ADD vyplývá neschopnost dětí hlídat včasné podávání léku. To musí ve škole zajišťovat třídní učitel, školní zdravotník, výchovný poradce nebo jiný pověřený pracovník. Škola by měla být pomocí každému dítěti, které užívá nějaké léky. V případě dětí s ADHD, ADD by měli učitelé dohlížet na pravidelné podávání léků, sledovat dítě a komunikovat s rodiči i lékařem.

Pro jedince s ADHD, ADD může mít farmakoterapie rozhodující význam. V některých případech dochází k výraznému zlepšení. Munden a Arcelus (2008) jsou toho názoru, že pro jedince se středně těžkou až těžkou poruchou může farmakoterapie znamenat velké zlepšení v chování, myšlení, ve schopnosti učit se a ve vztazích k ostatním.

Léky tlumí vliv rozptylujících podnětů a dítě se může lépe soustředit na zadaný úkol. Odborníci upozorňují na to, že farmakoterapii je nutné kombinovat s výchovnými metodami specifickými pro děti s ADHD, ADD, s usměrňováním chování, s vhodnou úpravou učebního prostředí, s různými terapiemi a informovaností rodičů v dané oblasti.

Výchova, vzdělávání a péče o děti s ADHD, ADD je náročnou zkouškou pro rodiče, učitele i samotné děti. V dnešní době je již dostatek odborné literatury, učitelé i rodiče mají možnost se v této oblasti vzdělávat a získávat nové aktuální informace. Komplexní péče zahrnuje spolupráci rodičů, učitelů, poradenských zařízení a dalších odborníků. Projevy SPCH jsou u každého dítěte jiné a každé dítě se projevuje velice individuálně. Každé dítě také reaguje jinak na různé druhy terapií a pomoci. Aby se dítě mohlo zdárně vyvíjet, je potřeba ihned po stanovení diagnózy začít s dítětem odborně pracovat a zjistit, jaké přístupy konkrétnímu dítěti vyhovují a co mu v jeho těžkostech pomáhá. Důležitou skupinu pro dítě tvoří vrstevníci a spolužáci. Ti by také měli být informováni o příčinách chování dítěte s ADHD, ADD. Obecně lze říci, že nejdůležitější pro dítě je pocit bezpečí a přijetí ze strany jeho okolí, důležité je i možnost zažívat úspěch.

2.6 Legislativní rámec

Pro legislativní rámec v oblasti specifických poruch chování platí zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (Školský zákon). Tento zákon se týká vzdělávání ve všech školách a školských zařízeních, vymezuje podmínky nutné pro výchovu a vzdělávání, uvádí zásady a cíle vzdělávání. Vymezuje práva a povinnosti fyzických a právnických osob při vzdělávání. Každý občan České republiky nebo jiného státu Evropské unie má právo na vzdělávání bez ohledu na rasu, barvu pleti, pohlaví, jazyk, víru a náboženství, národnosti, etnického nebo sociálního původu, zdravotní postižení, stupeň tohoto postižení nebo stupeň sociálního znevýhodnění. Vzdělávací potřeby každého jednotlivce je nutno respektovat a zásadní je vzájemná úcta a respekt, solidarita, snášenlivost a důstojnost.

O vytvoření nezbytných podmínek pro vzdělávání a o systému hodnocení žáků se speciálními vzdělávacími potřebami hovoří § 16. V § 18 se můžeme dočíst o možnostech výuky dle Individuálního vzdělávacího plánu.

(http://www.msmt.cz/uploads/soubory/zakony/Uplne_zneni_SZ_317_08.pdf)

Školský zákon je pro potřeby vzdělávání osob se speciálními vzdělávacími potřebami doplněn vyhláškou č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních a vyhláškou č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných.

Vyhláška MŠMT č. 72/2005 Sb., charakterizuje jednotlivá poradenská zařízení a poradenské služby, poskytuje přehled školského poradenského systému.

Vyhláška MŠMT č. 73/2005 Sb., definuje pojem podpůrná opatření, která jsou nutná ke vzdělávání těchto žáků, vymezuje zásady a cíle speciálního vzdělávání, jeho formy a organizaci. Upravuje činnost asistenta pedagoga a počty žáků ve třídě. Tato vyhláška stanoví také pravidla pro Individuální vzdělávací plán žáka se specifickými vzdělávacími potřebami.

(<http://www.msmt.cz/uploads/soubory/sb02005.pdf>)

3 Praktická část

3.1 Cíl praktické části

Cílem praktické části bakalářské práce je zjištění míry informovanosti pedagogů v oblasti specifických poruch chování, zmapování jejich teoretických znalostí a schopnosti tyto aplikovat v praxi. Statistické vyhodnocení získaných dat umožňuje postihnout úroveň informovanosti pedagogů na jednotlivých školách, konstatovat závislost této informovanosti na různých faktorech. Těmito faktory jsou pohlaví, věk, délka praxe a vzdělání pedagogů, jejich pozice ve škole, poloha a typ školy. Dalšími sledovanými proměnnými jsou údaje o to, zda se pedagogové ve své praxi setkali s dítětem s diagnózou ADHD, ADD, zda mají ve svém příbuzenstvu či mezi přáteli někoho s touto poruchou, zda osobně považují své znalosti za dostatečné a kde je získali, zda projeví zájem o další vzdělávání.

3.1.1 Stanovení předpokladů

1. Předpokládám, že informovanost pedagogických pracovníků o problematice ADHD, ADD na základních školách je vyšší než na školách středních.
2. Nejvíce objektivních informací o podstatě problémů jedinců s ADHD, ADD mají pedagogičtí pracovníci na prvním stupni základních škol.
3. Délka pedagogické praxe a věk nejsou rozhodující pro dobrou informovanost pedagogů v této oblasti.
4. Dosažený stupeň vzdělání (SŠ, VŠ, VŠ speciální pedagogika) má vliv na informovanost pedagogů o ADHD, ADD.
5. Pedagogové, kteří mají mezi svými příbuznými či přáteli někoho, kdo má diagnostikovanou poruchu ADHD, ADD, jsou o této problematice lépe informováni a umí ve větší míře dítěti s ADHD, ADD poskytnout speciální přístup a péči.

3.2 Použité metody

Použitou metodou k získání údajů je dotazník. Údaje jsou zpracovány metodou statistického vyhodnocení.

Dotazník

Jako diagnostická metoda pro tuto práci byl použit dotazník KADDS²⁴. Vzor tohoto dotazníku je obsahem přílohy. Metoda dotazování patří mezi metody pro získávání primárních informací, umožňuje zobrazení rozdílů v mínění respondentů.

Statistické vyhodnocení

K otestování statistické významnosti byla použita jednofaktorová analýza rozptylu a F - test²⁵. Principem analýzy rozptylu je rozklad celkového součtu čtverců odchylek od aritmetického průměru, vypočítaného ze všech naměřených hodnot na několik složek, které přísluší předpokládaným zdrojům variability. Tyto složky se vzájemně porovnávají a na základě jejich poměrů lze činit závěry, zda celkový rozptyl vznikl v důsledku rozdílnosti středních hodnot souborů nebo v důsledku náhodných vlivů.

V této bakalářské práci je použita jednofaktorová analýza rozptylu, která předpokládá že sledovaný statistický znak Y je ovlivněn vždy jedním faktorem. Předpokladem pro použití analýzy rozptylu je normalita rozdělení souboru, shoda rozptylů, nezávislost statistického znaku Y při dané úrovni i . Jestli-že faktor neovlivňuje sledovaný znak Y , budou mít všechny náhodné veličiny Y_i stejné střední hodnoty μ_i . Abychom zjistili, zda faktor ovlivňuje znak Y , budeme testovat nulovou hypotézu:

$$H_0: \mu_1 = \mu_2 = \dots = \mu_i,$$

kde hodnoty μ_i jsou střední hodnoty.

24 Autor: Mark J. Sciutto, Department of Psychology, Westminster College, New Wilmington, PA 16172. Westminster College, Milestone School for Child Development, Brooklyn, NY, Metropolitan Nashville Public Schools

25 F-test – statistický test používaný zejména k ověřování statistické významnosti mezi rozptyly dvou nebo více statistických souborů.

Náhodnou veličinu Y_{ij} můžeme vyjádřit i pomocí následujícího modelu:

$$Y_{ij} = \mu_i + \varepsilon_{ij},$$

kde ε_{ij} představují náhodné chyby měření.

Ve výpočtu lze postupovat metodou nejmenších čtverců. Celkový součet čtverců odchylek od aritmetického průměru S_y se rozloží na součet čtverců odchylek mezi třídami S_m (vzniká v důsledku rozdílů mezi aritmetickými průměry) a součet čtverců odchylek uvnitř tříd S_e (vzniká v důsledku náhodných odchylek)

$$S_y = S_m + S_e.$$

Náhodná veličina Y bude mít potom Fischer-Snedecorovo rozdělení pravděpodobností s $k - 1$ a $n - k$ stupňů volnosti. Kde $k - 1$ udává sloupec a $n - k$ udává řádek v tabulce, do které se pro přehlednost zapisují vypočtené hodnoty analýzy rozptylu. Pro porovnání mezitřídního a reziduálního rozptylu použijeme testovací kritérium F :

$$F = [(S_m : (k - 1)) : [(S_e : (n - k))]$$

Kritická oblast je definována jako množina

$$W = \{F : F > F_{\alpha, k-1, n-k}\}^{26}.$$

Pokud je hypotéza H_0 zamítnuta, je zřejmé, že vliv úrovně faktoru je významný.

Výsledky testování zobrazují uvedené grafy a jsou shrnuty v dílčích závěrech jednotlivých testů.

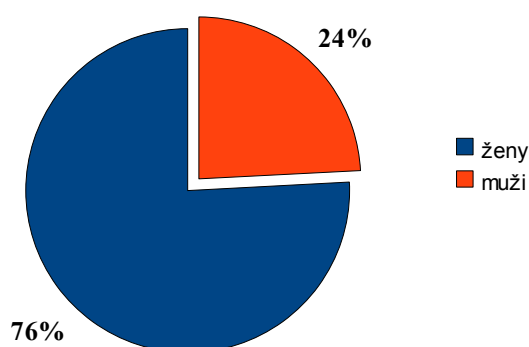
26 α - hladina významnosti testu, zpravidla bývá volena hodnota 0, 05 nebo 0, 01

3.3 Charakteristika zkoumaného vzorku

Dotazníkové šetření proběhlo na třech vesnických základních školách (ZŠ Pecka, Masarykova ZŠ Stará Paka, ZŠ Chomutice), na třech městských základních školách (1. a 2. ZŠ Nová Paka, ZŠ Vrchlabí) a na třech školách středních (SOŠ a SOU Vrchlabí, Střední škola gastronomie a služeb Nová Paka, Gymnázium a Střední odborná škola pedagogická Nová Paka). Výběr těchto škol nebyl náhodný, autorka oslovila ředitelé škol v regionu, kde sama žije a pracuje. V průběhu dubna až května 2009 celkem 7 základních škol (6 výše uvedených a 1 ZŠ soukromá, která se ke spolupráci nerozhodla) a 3 školy střední²⁷.

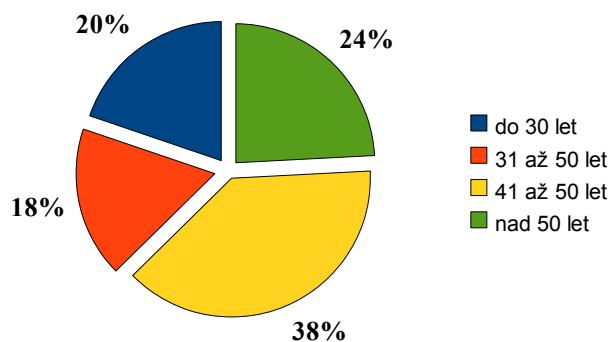
Z celkového počtu 212 pedagogů dotazník vyplnilo a odevzdalo 91 pedagogů (43 %), z toho 22 (24 %) mužů a 69 (76 %) žen. Věkové rozmezí pedagogů bylo velice široké, od 22 let do 67 let. Z toho vyplývá i velice rozdílná délka praxe u jednotlivých pedagogů – pohybovala se od 1 roku až do 40 let. Tyto a další údaje charakterizující respondenty jsou graficky vyobrazeny.

Graf 1 Rozložení respondentů dle pohlaví.

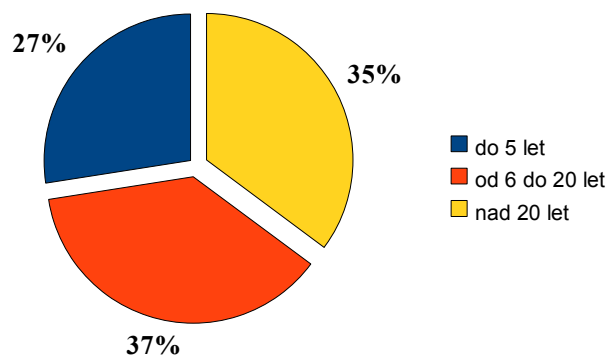


²⁷ Náhodně vybraný vyplněný dotazník je obsahem přílohy č. 2.

Graf 2 Rozložení respondentů dle věku.

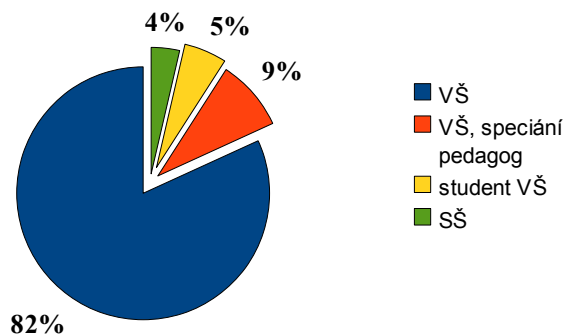


Graf 3 Rozložení respondentů dle délky praxe.



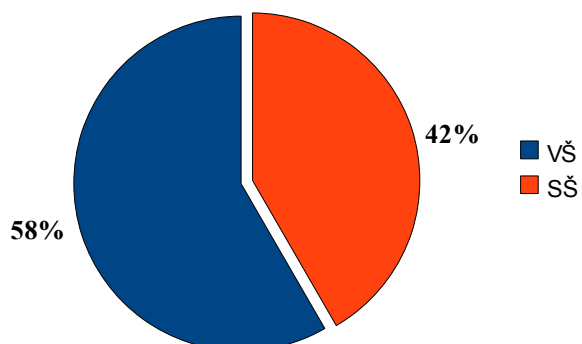
Z celkem 55 pedagogů na základních školách má vysokoškolské vzdělání 50 (45 VŠ a 5 VŠ speciální pedagogika, celkem 91 %) a 3 (5 %) pedagogové vysokou školu v současné době studují, pouze 2 (4 %) vysokoškolské vzdělání nemají a ani o něj v současné době neusilují.

Graf 4 Rozložení respondentů působících na ZŠ, dle dosaženého vzdělání.



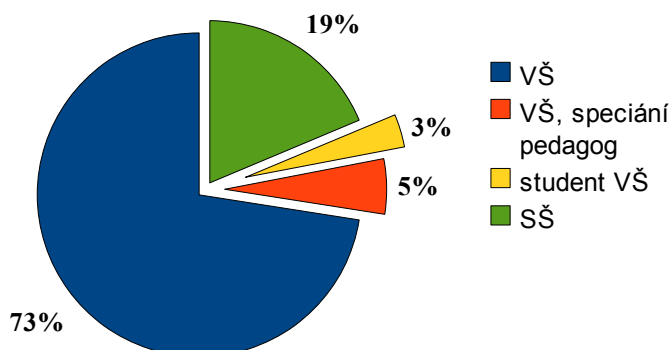
Ze zkoumaného vzorku 36 pedagogů škol středních má vysokoškolské vzdělání 21 (58 %) pedagogů.

Graf 5 Rozložení respondentů působících na SŠ, dle dosaženého vzdělání.



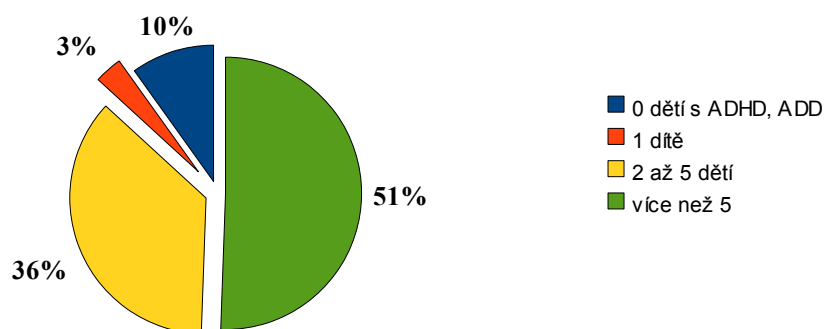
Obor speciální pedagogika vystudovalo z celkového počtu 91 pedagogů pouze 5 (5 %). Tito působí na základních školách městských.

Graf 6 Rozložení všech respondentů dle vzdělání.



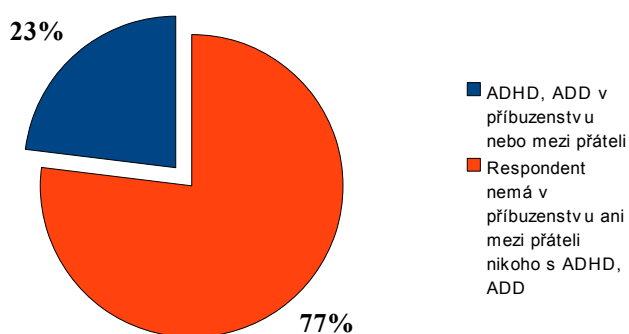
Celkem 9 (10 %) pedagogů se nikdy nesetkalo s dítětem s ADHD, ADD, naopak 46 (51 %) se ve své praxi setkalo s více než 5 dětmi s ADHD, ADD. 3 (3 %) pedagogové se setkali s jedním dítětem s ADHD, ADD a 33 (36 %) pedagogů se setkalo s dvěma až pěti dětmi s ADHD, ADD.

Graf 7 Rozložení respondentů dle počtu dětí s ADHD, ADD, se kterými se ve své praxi setkali.



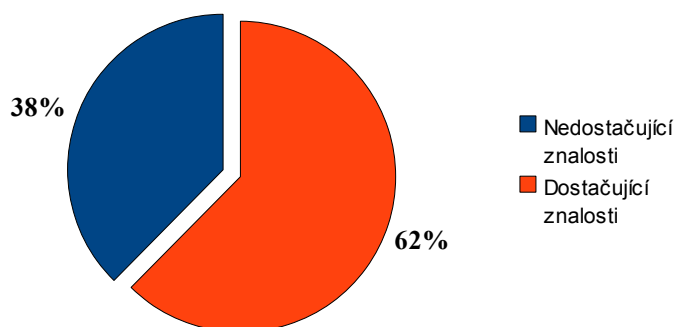
21 (23 %) pedagogů má ve svém příbuzenstvu nebo mezi přáteli někoho, kdo má diagnostikovanou poruch ADHD, ADD.

Graf 8 Rozložení respondentů podle toho, zda mají ve svém příbuzenstvu či mezi přáteli někoho s poruchou ADHD, ADD.



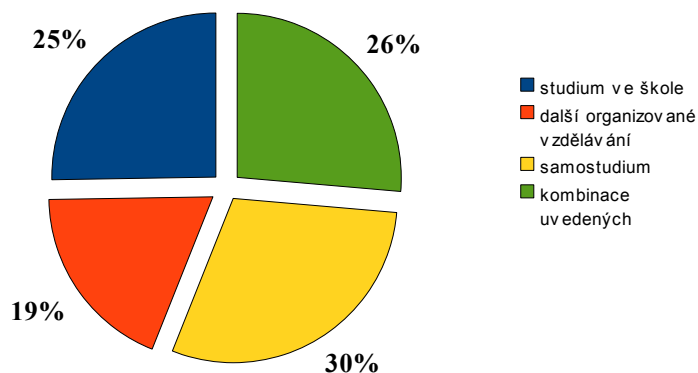
Své znalosti o ADHD, ADD považuje za nedostačující 41 (45 %) pedagogů a 50 (55 %) pedagogů by uvítalo další vzdělávání o dané problematice.

Graf 9 Rozložení respondentů dle jejich osobního mínění o tom, zda jsou jejich znalosti o ADHD, ADD dostatečné či nikoli.



Studium ve škole, jako zdroj informací o ADHD, ADD, uvedlo 23 (25 %) pedagogů, další organizované vzdělávání 17 (19 %) pedagogů, samostudium 27 (30 %) a celkem 24 (26 %) pedagogů získalo své znalosti o ADHD, ADD z více zdrojů (studium ve škole, organizovaným vzděláváním – semináře, kursy, ... nebo samostudiem).

Graf 10 rozložení respondentů podle uvedeného počtu a druhu zdrojů získaných informací o ADHD, ADD.



3.4 Průběh průzkumu

Průzkum proběhl v těchto fázích:

1. Výběr škol.

Výběr škol nebyl náhodný, autorka oslovila ředitelé škol v regionu, kde sama žije a pracuje (Královéhradecký kraj). V průběhu dubna až května 2009 bylo kontaktováno celkem 7 základních škol (6 výše uvedených a 1 ZŠ soukromá, která se ke spolupráci nerozhodla) a 3 školy střední.

2. Osobní návštěva ředitelů vybraných základních a středních škol.

Autorka osobně navštívila (po telefonické domluvě) ředitelé vybraných škol, uvedla je do problematiky své bakalářské práce, požádala o spolupráci a předala potřebný počet vytištěných dotazníků, které byly následně distribuovány mezi pedagogy.

3. Sběr vyplněných dotazníků.

V průběhu června 2009 byla provedena druhá návštěva ředitelů vybraných škol (opět po telefonické domluvě) a vyplněné dotazníky byly vráceny zpět autorce.

4. Vyhodnocení dotazníků pomocí statistické metody jednofaktorové analýzy rozptylu a F - testu, interpretace výsledků.

Vyhodnocené údaje - počty správných odpovědí, počty používaných vhodných a nevhodných metod u konkrétních skupin pedagogů, hodnoty testového kritéria a minimální hladiny významnosti pro zamítnutí hypotézy H_0 (= nezávislost) - byly zpracovány do tabulek (tabulka č. 1 až č. 26) a graficky znázorněny pomocí grafů (graf č. 11 až č. 50). Výsledky jednotlivých testů byly shrnuty v dílčích závěrech.

3.5 Statistické vyhodnocení a interpretace výsledků

Ke statistickému vyhodnocení dat je použita jednofaktorová analýza rozptylu. Kritická hodnota statistiky F je všech případech počítána na hladině významnosti $\alpha = 0,05^{28}$. Hladina významnosti α je porovnávána s minimální hladinou významnosti. V případě, že minimální hladina významnosti dosahuje nižších hodnot než α , nulovou hypotézu H_0 na hladině významnosti α nepotvrdíme. Jinými slovy, je možné konstatovat, že s pravděpodobností 95 % nulovou hypotézu lze zamítnout.

Hodnoty testového kritéria F a minimální hladiny významnosti pro zamítnutí hypotézy H_0 (= nezávislost) jsou shrnuty v tabulkách. Grafické znázornění výsledků testů je doplněno dílčími závěry.

Příklad postupu stanovení hypotéz a interpretace výsledků:

- Definice testu: Test závislosti správných odpovědí na pohlaví (faktor pohlaví).
- Definice nulové hypotézy.
- H_0 : Muži odpovídají stejně dobře jako ženy, informovanost nezávisí na pohlaví (střední hodnota správných odpovědí mužů = střední hodnota správných odpovědí žen),
 H_1 : Není pravda, že muži odpovídají stejně dobře jako ženy.
- Charakteristika $F = 12,2$ je spočítána na hladině významnosti $\alpha = 0,05$.
- Porovnání hladiny významnosti α s minimální hladinou významnosti: $0,05 > 0,0007$.
- Závěr: Na hladině významnosti 0,05 (nebo-li s 95% pravděpodobností) nemůžeme potvrdit H_0 a přijímáme hypotézu alternativní H_1 , tedy že informovanost pedagogů o ADHD, ADD je závislá na pohlaví.

28 Minimální hladina významnosti udává nejnižší možnou hladinu významnosti pro zamítnutí nulové hypotézy.

1. Test závislosti informovanosti pedagogů na pohlaví.

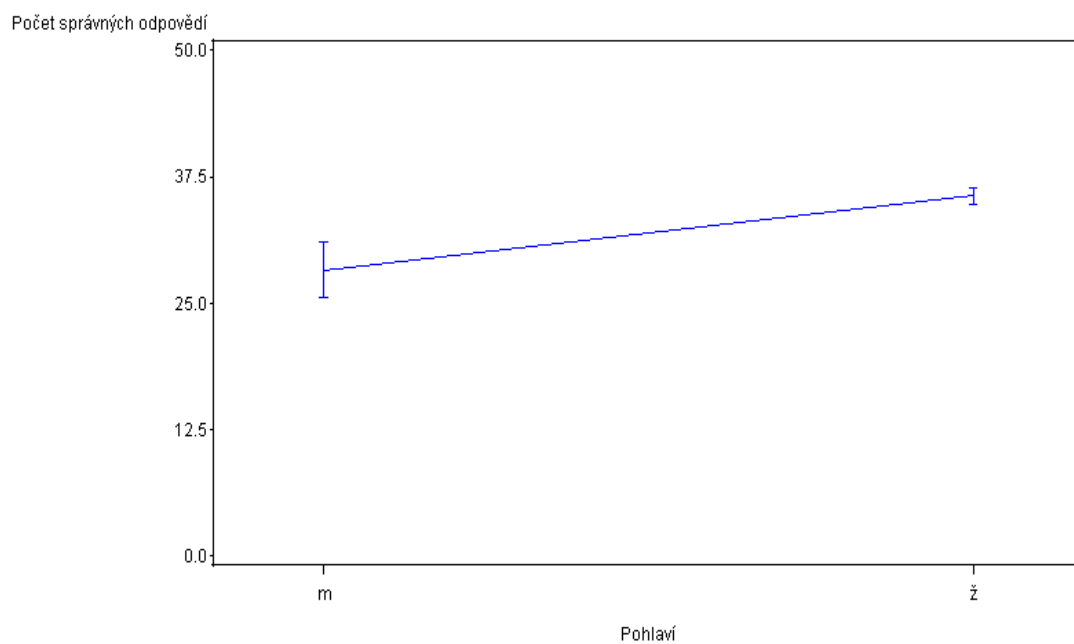
Tabulka 1 Statistické vyhodnocení – faktor = pohlaví.

Faktor	Vysvětlovaná proměnná	Hodnota statistiky F	Min. hladina výz.
pohlaví	počet správných odpovědí	12.2	0.0007
pohlaví	počet používaných špatných metod	0.15	0.7022
pohlaví	Počet používaných vhodných metod	6.24	0.0143

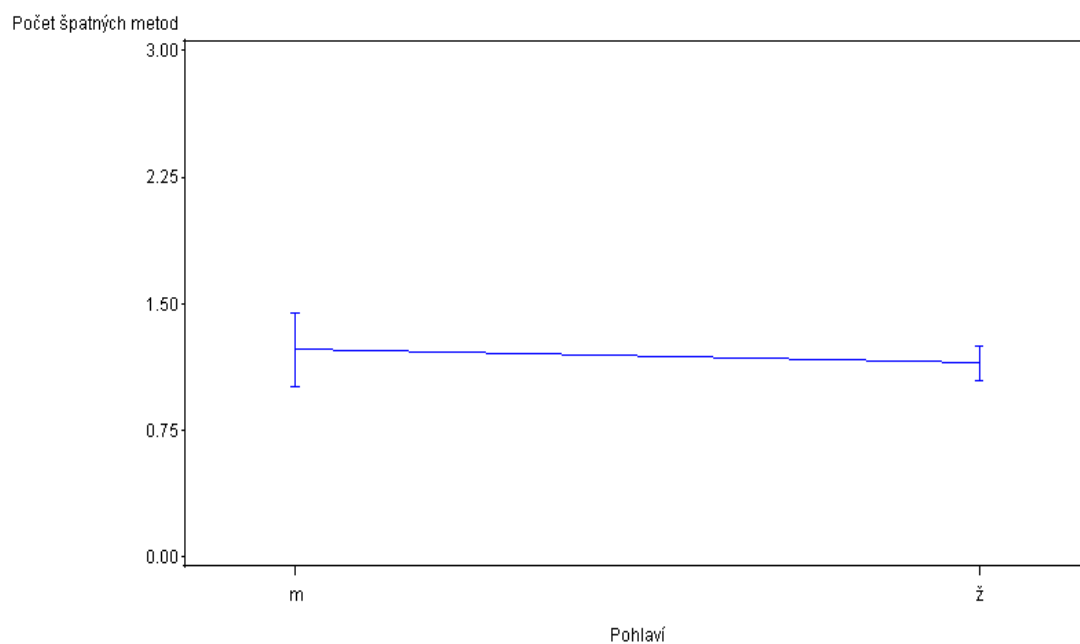
Tabulka 2 Vyjádření počtu správných odpovědí a používaných metod v závislosti na pohlaví.

pohlaví	průměrný počet správných odpovědí	průměrný počet používaných špatných metod	průměrný počet používaných vhodných metod	Počet respondentů
m	28.23	1.23	15.23	22
ž	35.58	1.14	18.01	69

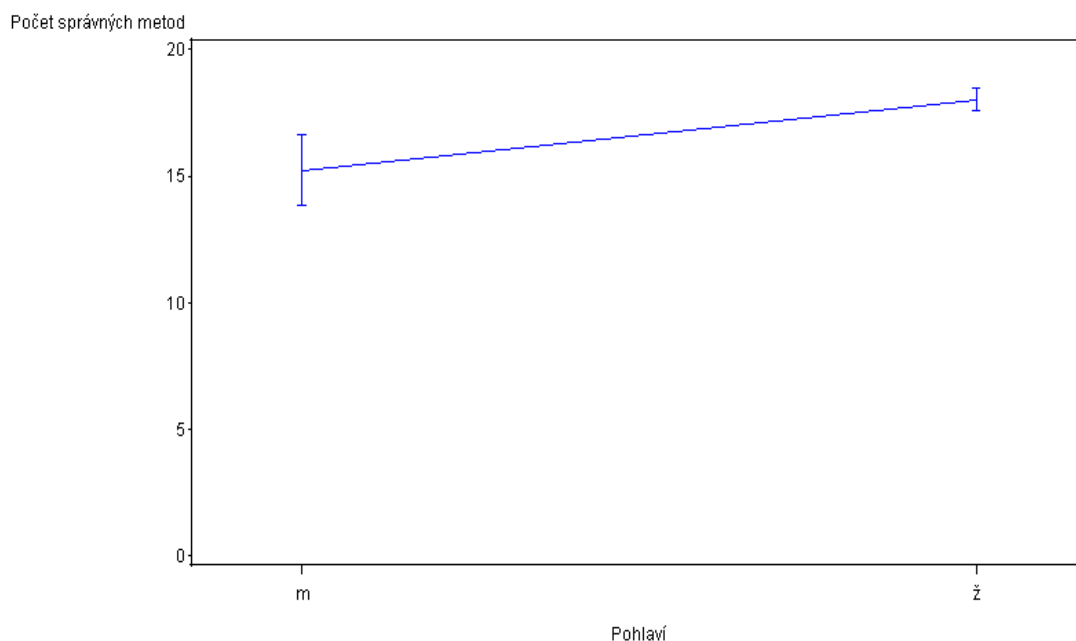
Graf 11 Střední hodnoty a jejich směrodatné chyby, závislost míry informovanosti na pohlaví.



Graf 12 Střední hodnoty a jejich směrodatné chyby, četnost používaných špatných metod v závislosti na pohlaví.



Graf 13 Střední hodnoty a jejich směrodatné chyby, četnost používaných vhodných metod v závislosti na pohlaví.



Závěr: Test prokázal statisticky významně vyšší počet správných odpovědí a vyšší počet používaných vhodných metod u žen. S 95 % pravděpodobností lze říci, že počet správných odpovědí a počet používaných vhodných metod u pedagogů závisí na jejich pohlaví.

Dotazníkovým šetřením bylo zjištěno, že 50 % (11) respondentů ze skupiny mužů působí na SŠ (ze skupiny žen na SŠ působí 36 %). Pokud předpokládáme, že pedagogové ZŠ mají znalosti o ADHD, ADD vyšší než pedagogové SŠ, pak výsledek testu je logickým vyústěním tohoto předpokladu. K tomuto výsledku přispívá i fakt, že ve skupině žen je 5 speciálních pedagogů (ve skupině mužů žádný).

2. Test závislosti informovanosti pedagogů na jejich věku.

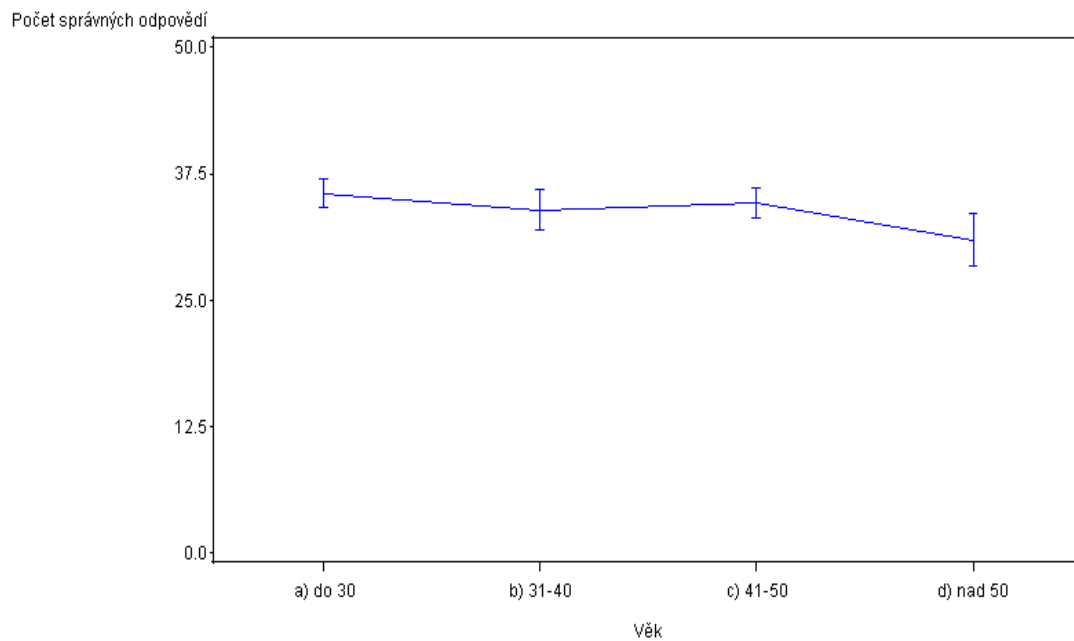
Tabulka 3 Statistické vyhodnocení – faktor = věk.

Faktor	Vysvětlovaná proměnná	Hodnota statistiky F	Min. hladina výz.
věk	počet správných odpovědí	1.04	0.3783
věk	počet používaných špatných metod	0.28	0.8401
věk	počet používaných vhodných metod	0.89	0.4494

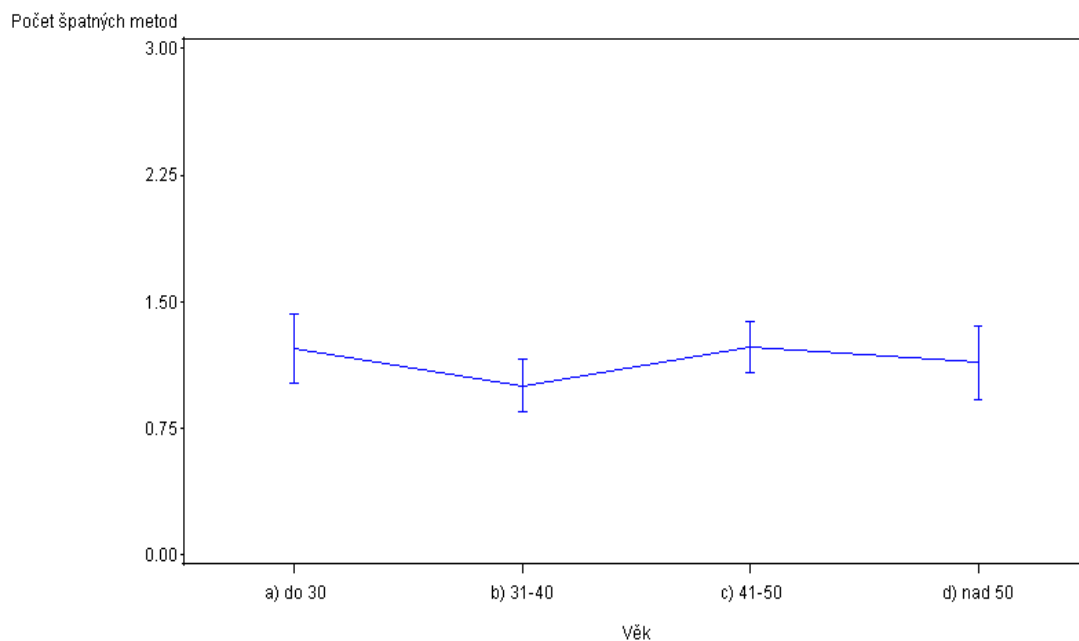
Tabulka 4 Vyjádření počtu správných odpovědí a používaných metod v závislosti na věku.

věk	průměrný počet správných odpovědí	průměrný počet používaných špatných metod	průměrný počet používaných vhodných metod	Počet respondentů
do 30	35.56	1.22	18.78	18
31-40	33.88	1.00	17.13	16
41-50	34.66	1.23	17.31	35
nad 50	30.95	1.14	16.36	22

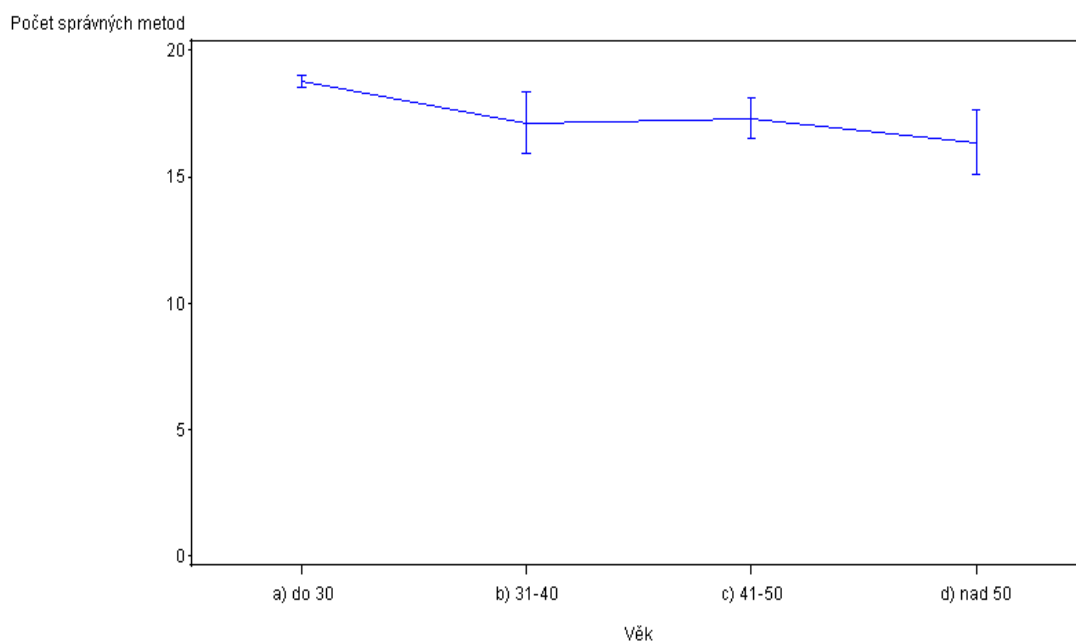
Graf 14 Střední hodnoty a jejich směrodatné chyby, závislost míry informovanosti na věku pedagogů)



Graf 15 Střední hodnoty a jejich směrodatné chyby, četnost používaných špatných metod v závislosti na věku pedagogů.



Graf 16 Střední hodnoty a jejich směrodatné chyby, četnost používaných vhodných metod v závislosti na věku.



Závěr: Test neprokázal závislost počtu správných odpovědí, počtu používaných špatných ani vhodných metod na věku.

V oblasti specifických poruch chování je v praxi jen velmi těžko překonáván názor (stále ještě většiny pedagogů), že dítě s diagnózou ADHD, ADD je především nevychované a zlobivé. Mladí učitelé nemají sice mnoho zkušeností, ale díky studiu na vysoké škole mají nové, aktuální informace a poznatky. Zároveň i zkušený učitel má možnost si informace neustále doplňovat v rámci dalšího vzdělávání pedagogických pracovníků, samostudia nebo dalšího navazujícího studia. Lze říci, že informovanost pedagogů není závislá na jejich věku, neboť věk není určujícím faktorem pro zájem o danou problematiku a ochotu přijímat nové informace, uplatňovat je v praxi.

3. Test závislosti informovanosti pedagogů na délce praxe.

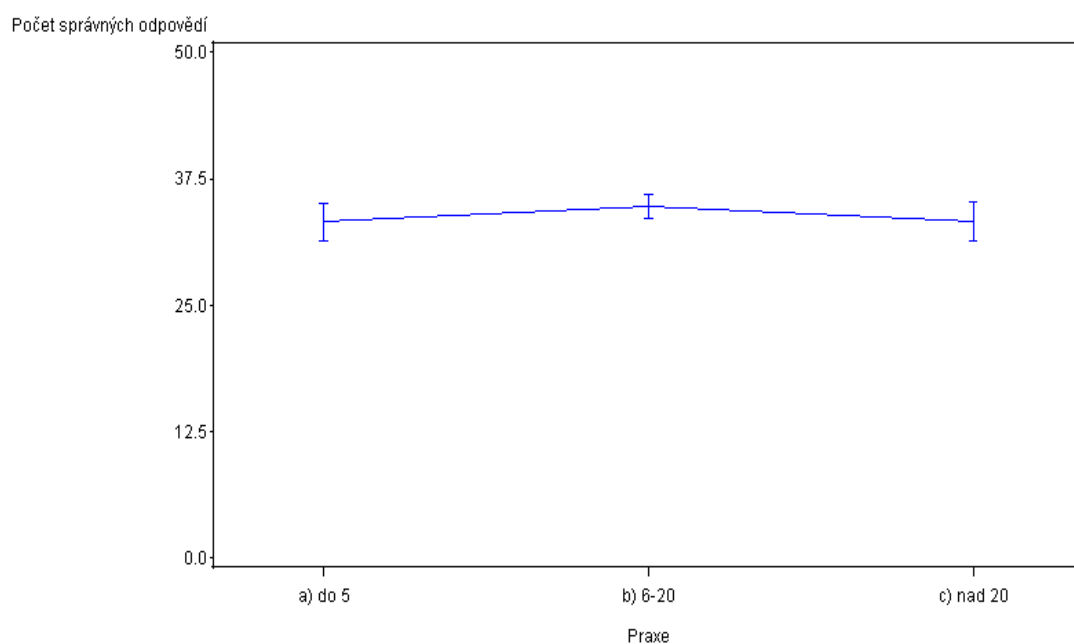
Tabulka 5 Statistické vyhodnocení – faktor = délka praxe.

Faktor	Vysvětlovaná proměnná	Hodnota statistiky F	Min. hladina výz.
praxe	počet správných odpovědí	0.26	0.7698
praxe	počet používaných špatných metod	0.21	0.8121
praxe	počet používaných vhodných metod	0.84	0.4351

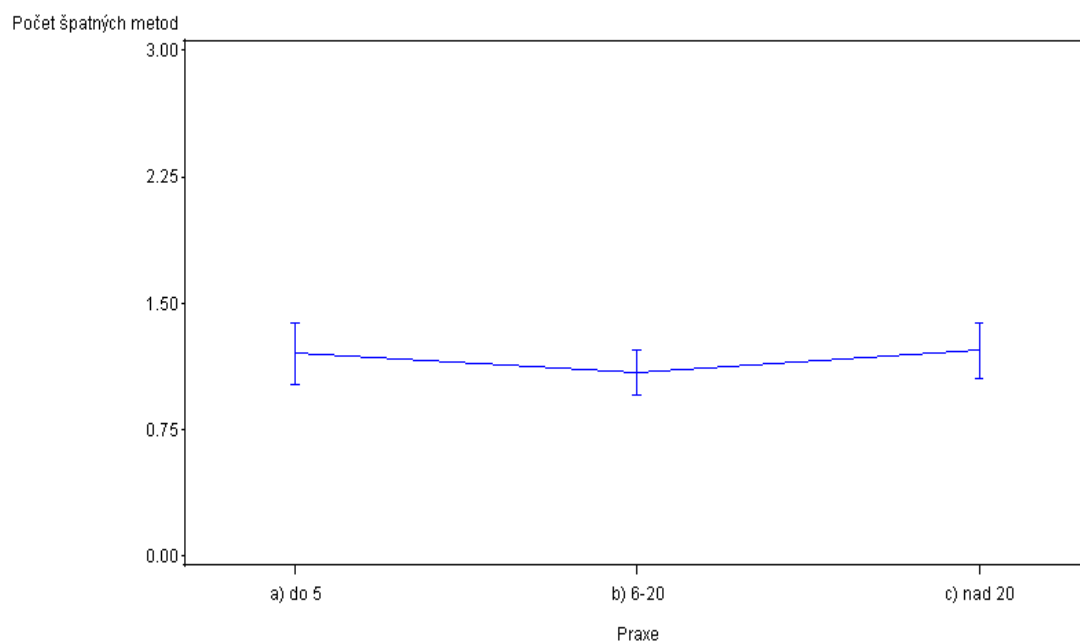
Tabulka 6 Vyjádření počtu správných odpovědí a používaných metod v závislosti na délce praxe.

praxe	průměrný počet správných odpovědí	průměrný počet používaných špatných metod	průměrný počet používaných vhodných metod	Počet respondentů
do 5	33.24	1.20	18.36	25
6 - 20	34.71	1.09	17.09	34
nad 20	33.28	1.22	16.81	32

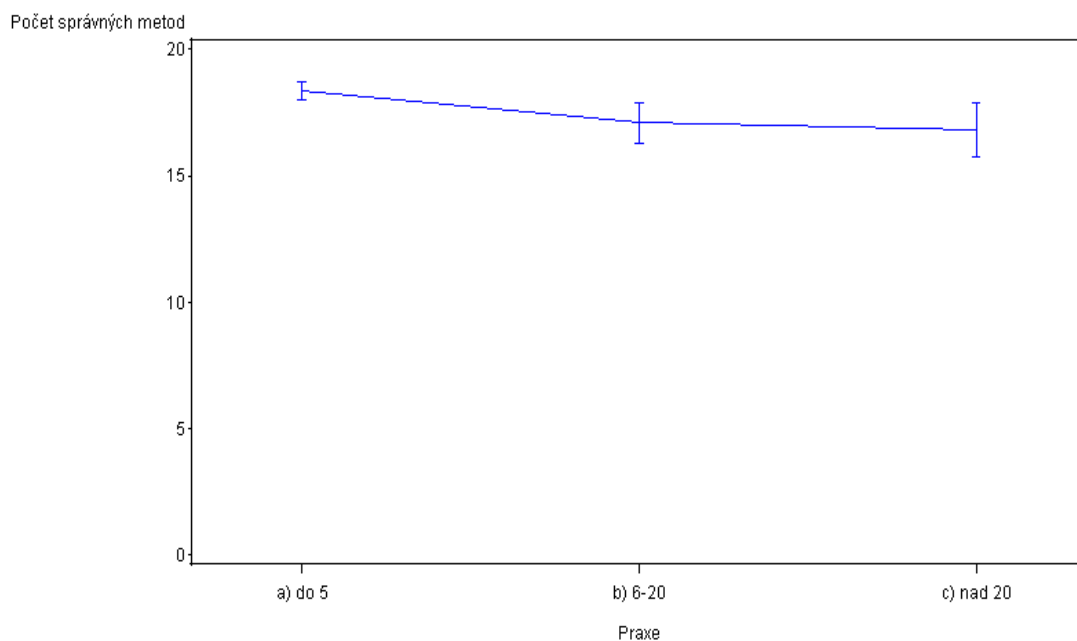
Graf 17 Střední hodnoty a jejich směrodatné chyby, závislost míry informovanosti pedagogů na délce jejich praxe.



Graf 18 Střední hodnoty a jejich směrodatné chyby, četnost používaných špatných metod v závislosti na délce praxe pedagogů.



Graf 19 Střední hodnoty a jejich směrodatné chyby, četnost používaných vhodných metod v závislosti na délce praxe pedagogů.



Závěr: Test neprokázal závislost počtu správných odpovědí, počtu používaných špatných ani vhodných metod na délce praxe.

Délka praxe, tak jako věk pedagogů, zde není určujícím faktorem pro kvalitu jejich práce. Mladý, vysokoškolsky vzdělaný pedagog může odvádět stejně kvalitní práci jako jeho starší kolega s dlouholetou praxí a bohatými zkušenostmi.

4. Test závislosti informovanosti pedagogů na dosaženém stupni vzdělání.

Tabulka 7 Statistické vyhodnocení – faktor = vzdělání.

Faktor	Vysvětlovaná proměnná	Hodnota statistiky F	Min. hladina výz.
vzdělání	počet správných odpovědí	4.26	0.0419
vzdělání	počet používaných špatných metod	0.04	0.8396
vzdělání	počet používaných vhodných metod	0.64	0.4269

Tabulka 8 Vyjádření počtu správných odpovědí a používaných metod v závislosti na dosaženém vzdělání pedagogů.

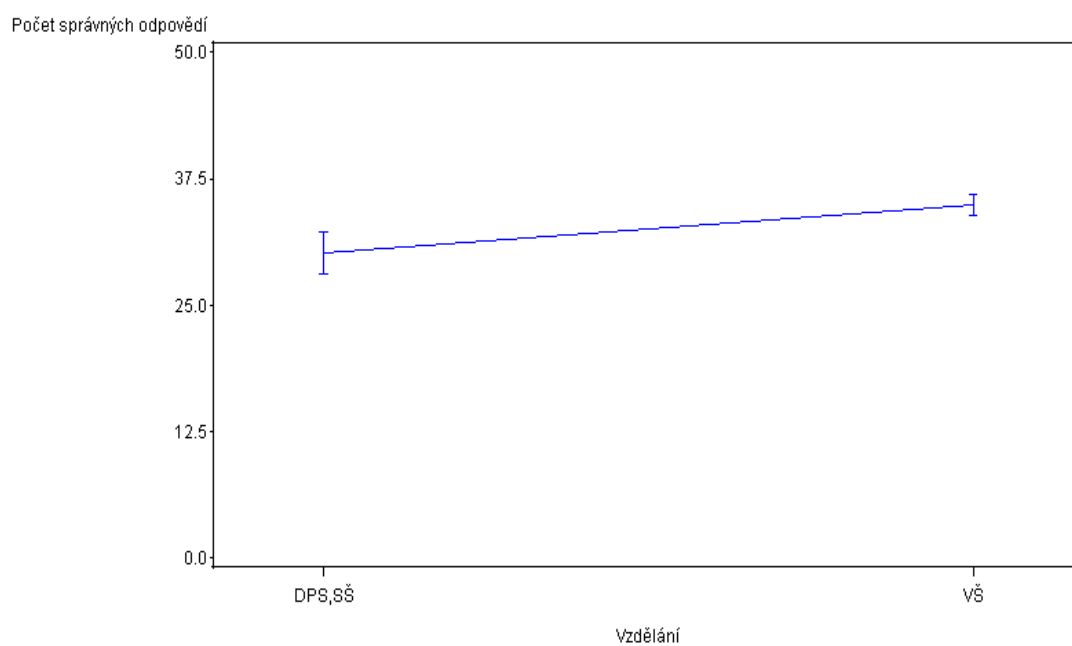
vzdělání	průměrný počet správných odpovědí	průměrný počet používaných špatných metod	průměrný počet používaných vhodných metod	Počet respondentů
DPS, SŠ	30.15	1.20	16.60	20
VŠ	34.83	1.15	17.55	71

DPS...Doplňkové pedagogické studium (kurs).

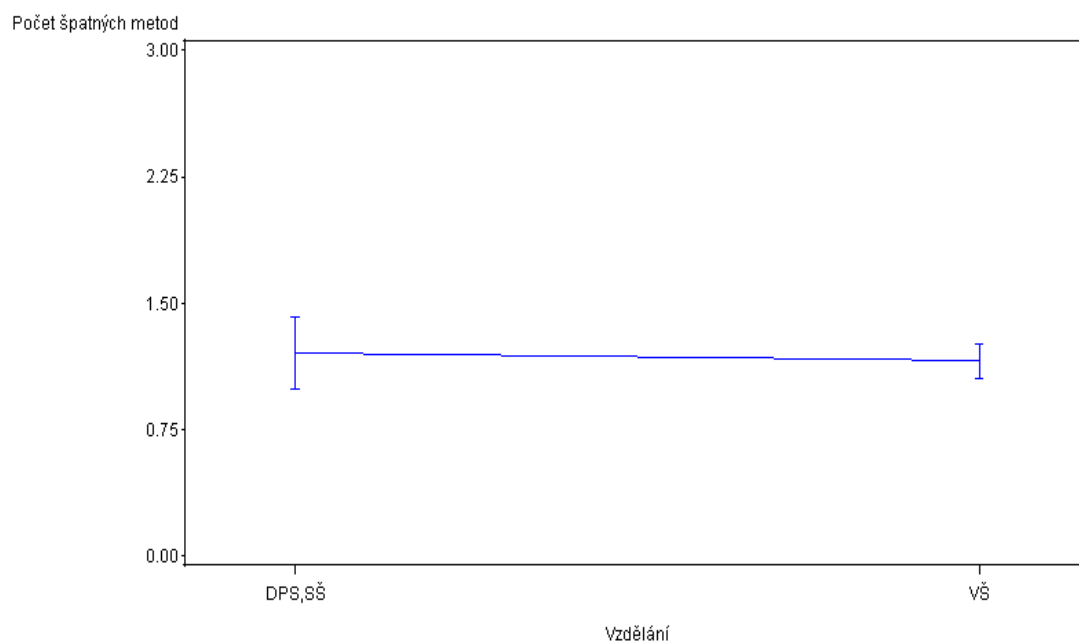
SŠ.....středoškolské vzdělání, maturita.

VŠ.....vysokoškolské vzdělání.

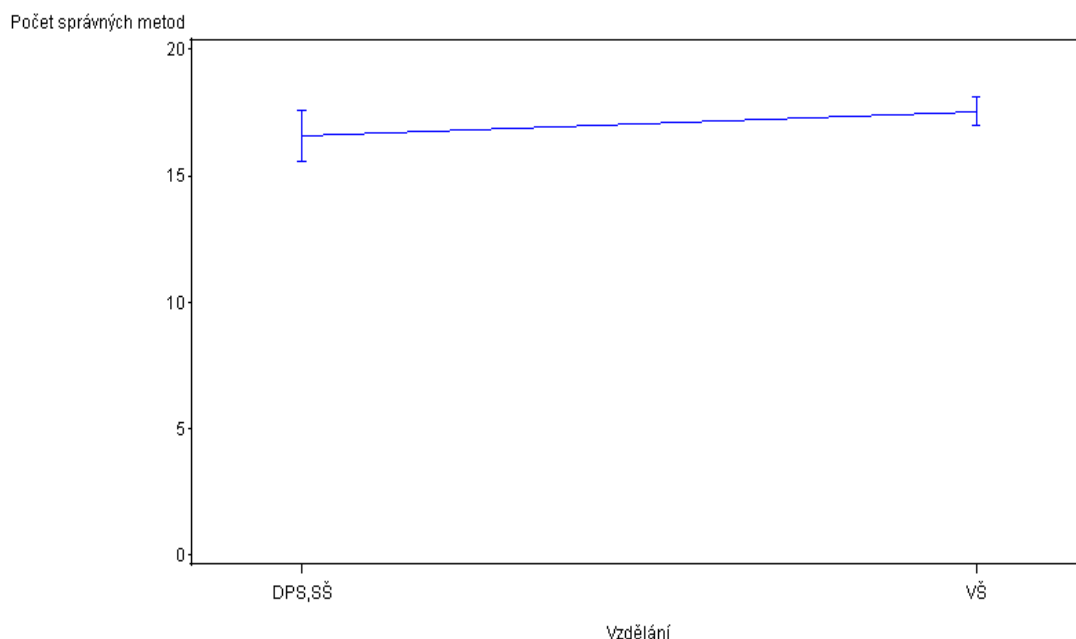
Graf 20 Střední hodnoty a jejich směrodatné chyby, závislost míry informovanosti na dosaženém vzdělání pedagogů.



Graf 21 Střední hodnoty a jejich směrodatné chyby, četnost používaných špatných metod v závislosti na dosaženém vzdělání pedagogů.



Graf 22 Střední hodnoty a jejich směrodatné chyby, četnost používaných vhodných metod v závislosti na dosaženém vzdělání pedagogů.



Závěr: Test prokázal statisticky významně vyšší počet správných odpovědí u respondentů, kteří absolvovali VŠ. Test neprokázal závislost počtu používaných špatných ani vhodných metod na vzdělání.

Následující test znovu zkoumá závislost informovanosti pedagogů na vzdělání, dělí však respondenty do tří skupin (na rozdíl od testu předešlého). Skupina respondentů s VŠ je rozdělena na respondenty s VŠ a respondenty s VŠ, speciální pedagogika.

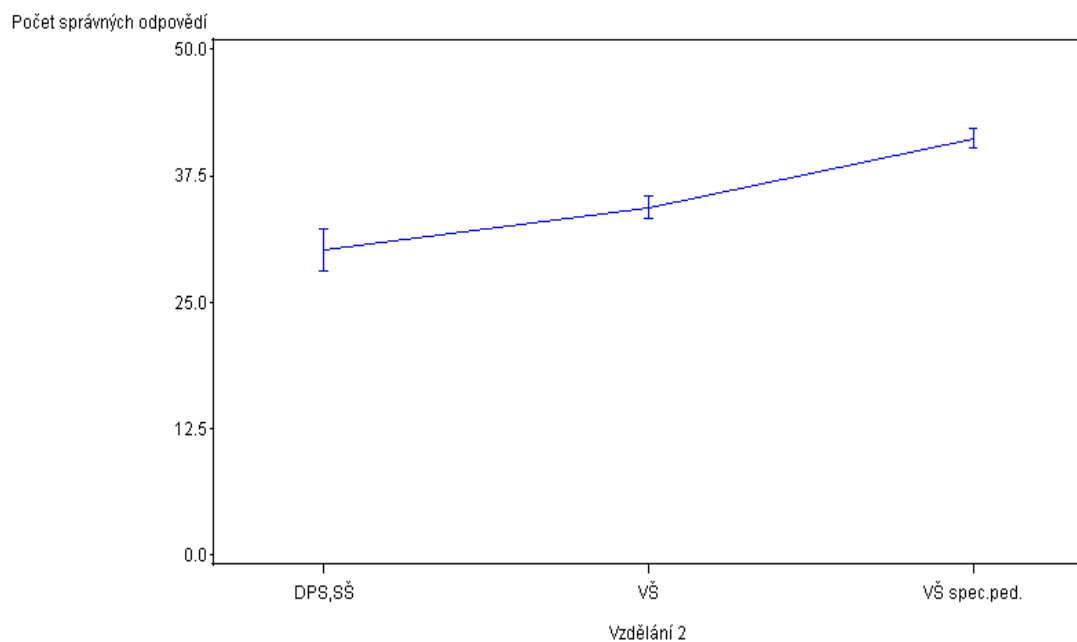
Tabulka 9 Statistické vyhodnocení – faktor = vzdělání.

Faktor	Vysvětlovaná proměnná	Hodnota statistiky F	Min. hladina výz.
vzdělání 2	počet správných odpovědí	3.56	0.0326
vzdělání 2	počet používaných špatných metod	0.10	0.9018
vzdělání 2	počet používaných vhodných metod	0.57	0.5666

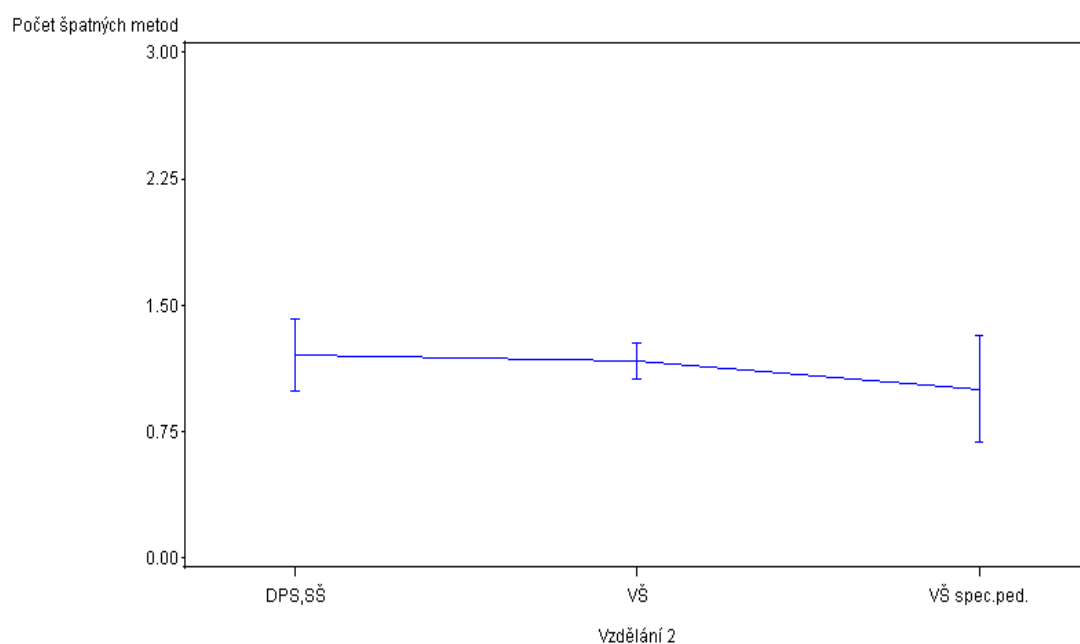
Tabulka 10 Vyjádření počtu správných odpovědí a používaných metod v závislosti na dosaženém vzdělání pedagogů.

vzdělání	průměrný počet správných odpovědí	průměrný počet používaných špatných metod	průměrný počet používaných vhodných metod	Počet respondentů
DPS, SŠ	30.15	1.20	16.60	20
VŠ	34.35	1.17	17.44	66
VŠ spec.ped.	41.20	1.00	19.00	5

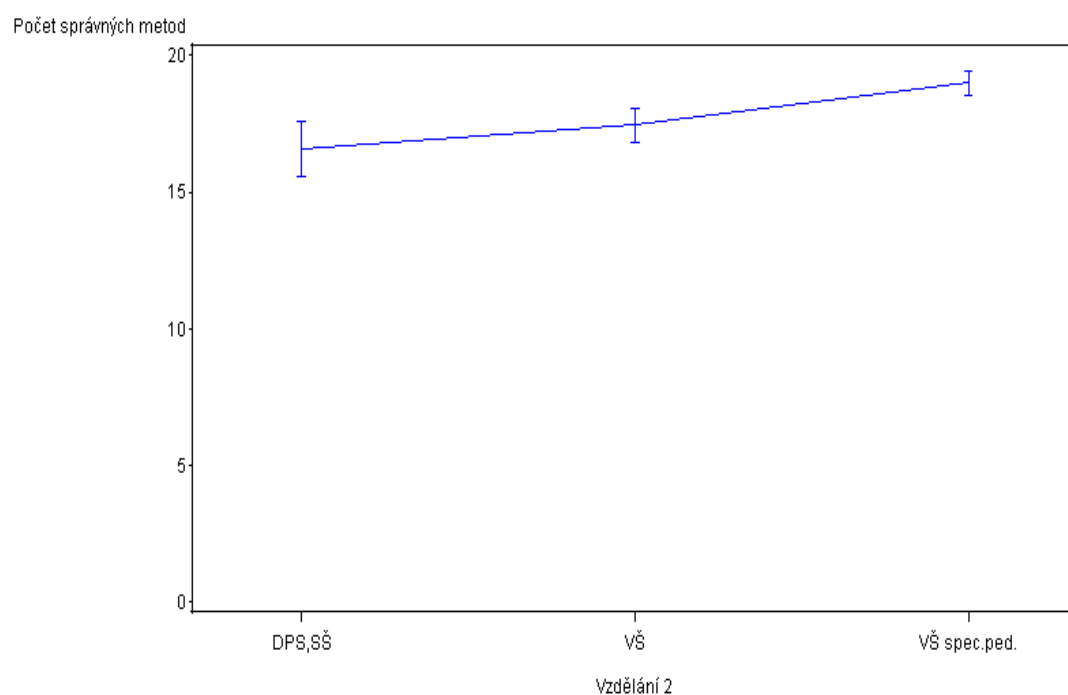
Graf 23 Střední hodnoty a jejich směrodatné chyby, závislost míry informovanosti na dosaženém vzdělání pedagogů.



Graf 24 Střední hodnoty a jejich směrodatné chyby, četnost používaných špatných metod v závislosti na dosaženém vzdělání pedagogů.



Graf 25 Střední hodnoty a jejich směrodatné chyby, četnost používaných vhodných metod v závislosti na dosaženém vzdělání pedagogů.



Závěr testů: Oba testy prokázaly statisticky významně vyšší počet správných odpovědí u respondentů, kteří absolvovali VŠ a VŠ, speciální pedagogika. Testy neprokázaly závislost počtu používaných špatných ani vhodných metod na vzdělání, ačkoliv četnost používání vhodných metod je u pedagogů s VŠ, speciální pedagogika nejvyšší.

Toto vysvětluje velmi malý počet respondentů VŠ, speciální pedagogika (5 %). Aby se rozdíl při tomto malém počtu respondentů statisticky projevil, musela by četnost používání vhodných metod být u této skupiny ještě vyšší.

Pedagogové s vysokoškolským vzděláním mají hlubší informace o specifických poruchách chování. Tyto informace získávají systematicky během studia. Děti s diagnózou ADHD, ADD jsou dětmi se speciálními potřebami. Znalosti možných příčin projevů dítěte a způsobů správného zacházení s ním znamená poskytování speciálního přístupu.

Vysokoškolsky vzdělaní pedagogové obecně mnohdy tedy teoretické informace o dané problematice mají, ale dle výsledků testů, není toto zárukou odborného zacházení s dítětem v praxi. Důvodů je jistě několik - velký počet dětí ve třídách a tím i větší pravděpodobnost výskytu více než jednoho dítěte s ADHD, ADD v jedné třídě (v praxi nemívá toto dítě k dispozici asistenta pedagoga²⁹), dále ochota či neochota rodičů spolupracovat s pedagogem na odborném vedení dítěte. Rozhodující je i celkové klima školy, vedení školy a míra spolupráce a podpory pedagogů mezi sebou.

²⁹ Asistent pedagoga – vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných.

5. Test závislosti informovanosti pedagogů na lokalitě a typu školy.

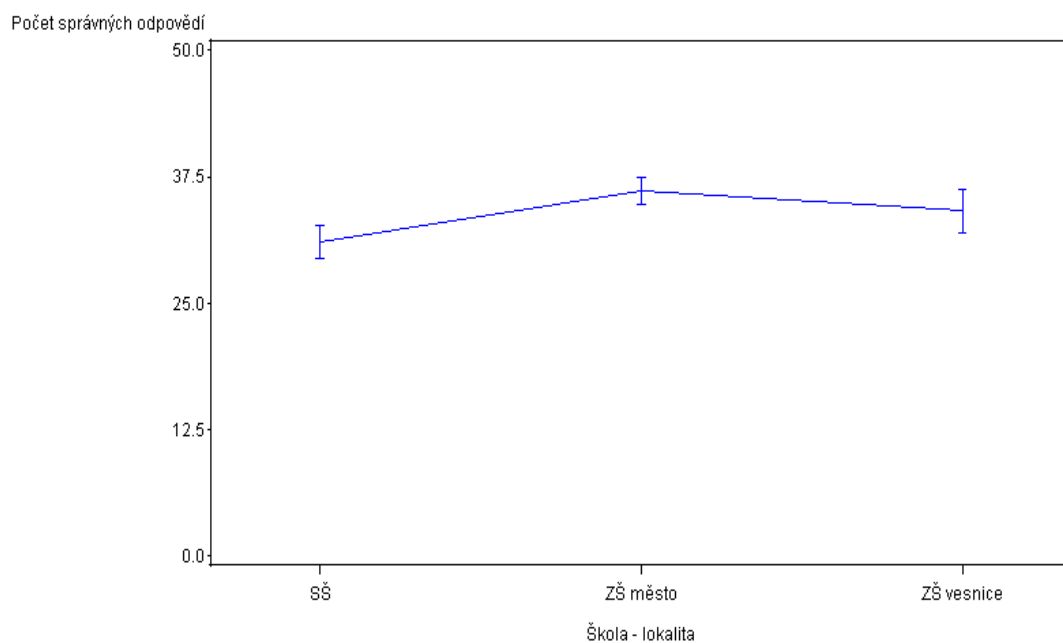
Tabulka 11 Statistické vyhodnocení – faktor = lokalita a typ školy.

Faktor	Vysvětlovaná proměnná	Hodnota statistiky F	Min. hladina výz.
škola – typ a lokalita	počet správných odpovědí	3.12	0.0492
škola – typ a lokalita	počet používaných špatných metod	2.91	0.0597
škola – typ a lokalita	počet používaných vhodných metod	1.68	0.1928

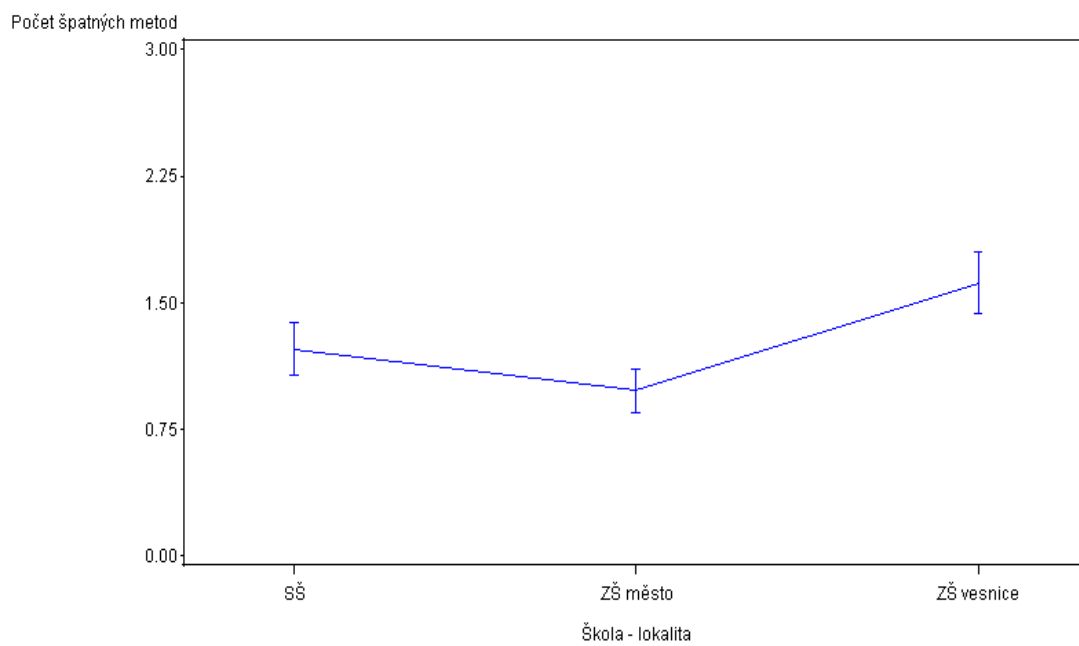
Tabulka 12 Vyjádření počtu správných odpovědí a používaných metod v závislosti na typu a lokalitě školy.

Škola – typ a lokalita	průměrný počet správných odpovědí	průměrný počet používaných špatných metod	průměrný počet používaných vhodných metod	Počet respondentů
SŠ	31.03	1.22	16.42	36
ZŠ město	36.07	0.98	17.60	42
ZŠ vesnice	34.15	1.62	19.08	13

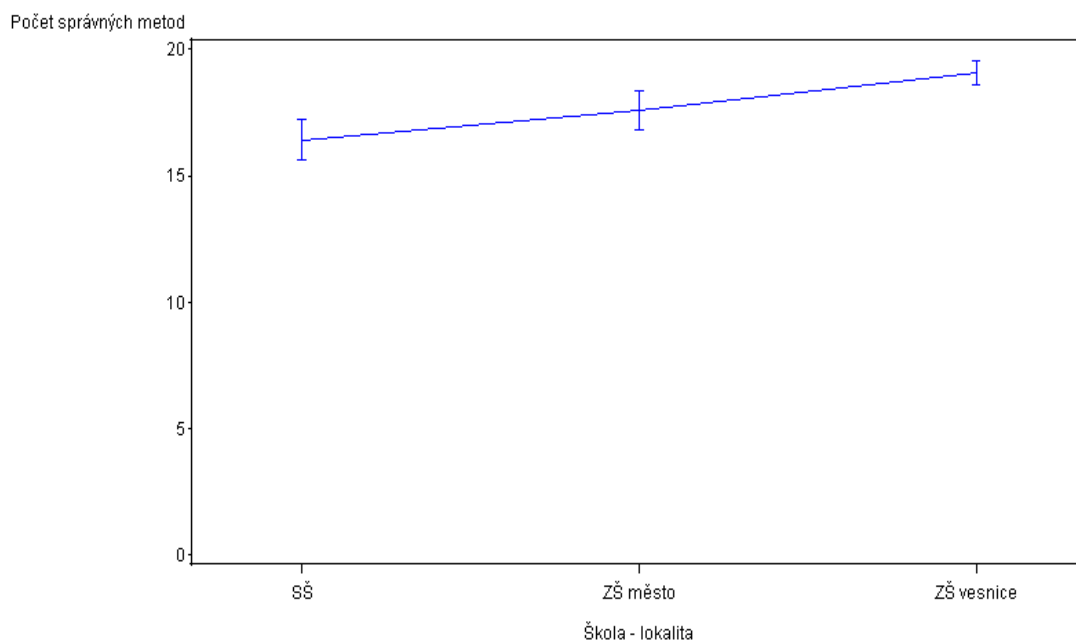
Graf 26 Střední hodnoty a jejich směrodatné chyby, závislost míry informovanosti na typu a lokalitě školy.



Graf 27 Střední hodnoty a jejich směrodatné chyby, četnost používaných špatných metod v závislosti na lokalitě a typu školy.



Graf 28 Střední hodnoty a jejich směrodatné chyby, četnost používaných vhodných metod v závislosti na lokalitě a typu školy.



Závěr: Test prokázal statisticky významně vyšší počet správných odpovědí u respondentů, kteří vyučují na ZŠ ve městě než u respondentů, kteří vyučují na SŠ. Test indikuje také závislost počtu používaných špatných a vhodných metod na typu školy a její poloze, ale na 5 % hladině významnosti ji neprokázal.

Ze zkoumaného vzorku tří ZŠ městských mají všechny tři školy alespoň jednoho speciálního pedagoga na prvním stupni a na jedné ZŠ městské působí speciální pedagog i na stupni druhém. Celkem 93 % pedagogů na ZŠ městských má ukončené vysokoškolské vzdělání. Na ZŠ vesnických má vysokoškolské vzdělání 84 % pedagogů, speciální pedagog zde nepůsobí žádný. Na školách středních má vysokoškolské vzdělání pouze 58 % pedagogů, speciální pedagog zde nepůsobí žádný. Jestli-že předešlý test (test č. 4) prokázal závislost míry informovanosti pedagogů o ADHD, ADD na jejich vzdělání, pak větší procento pedagogů s vysokoškolským vzděláním na ZŠ městských, spolu s přítomností speciálních pedagogů, vysvětluje statisticky významný rozdíl mezi informovaností pedagogů na ZŠ městských a pedagogů na SŠ. Rozdíl mezi informovaností pedagogů na ZŠ městských a ZŠ vesnických není statisticky významný, avšak rozdíl mezi ZŠ vesnických a SŠ také ne. Další test zkoumá informovanost pedagogů ZŠ obecně (městské a vesnické) oproti informovanosti pedagogů SŠ.

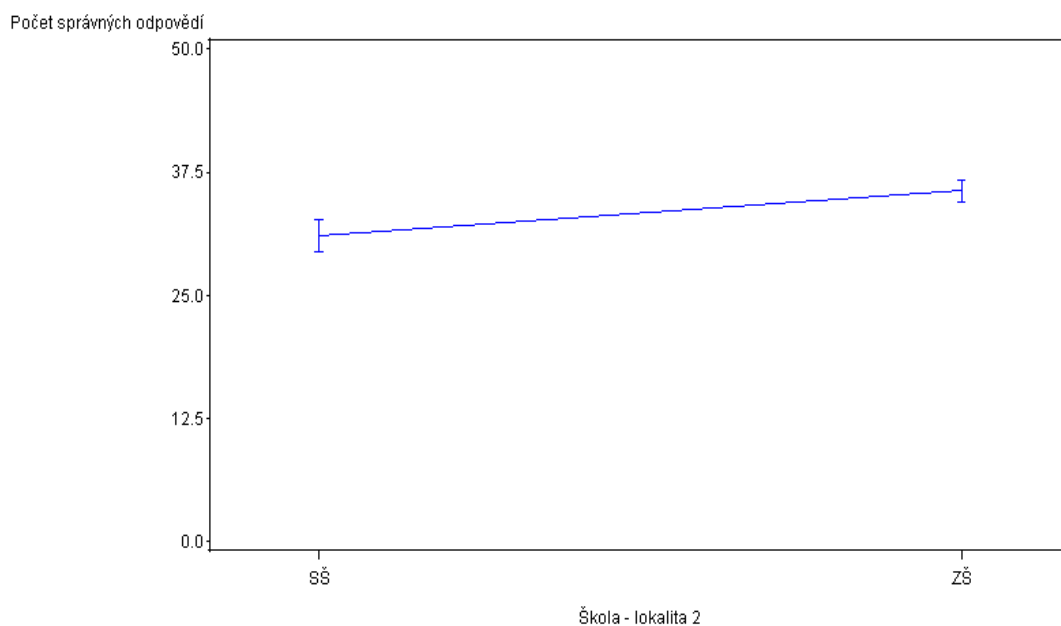
Tabulka 13 Statistické vyhodnocení – faktor = lokalita a typ školy.

Faktor	Vysvětlovaná proměnná	Hodnota statistiky F	Min. hladina výz.
škola – typ a lokalita	počet správných odpovědí	5.81	0.0180
škola – typ a lokalita	počet používaných špatných metod	0.26	0.6145
škola – typ a lokalita	počet používaných vhodných metod	2.35	0.1290

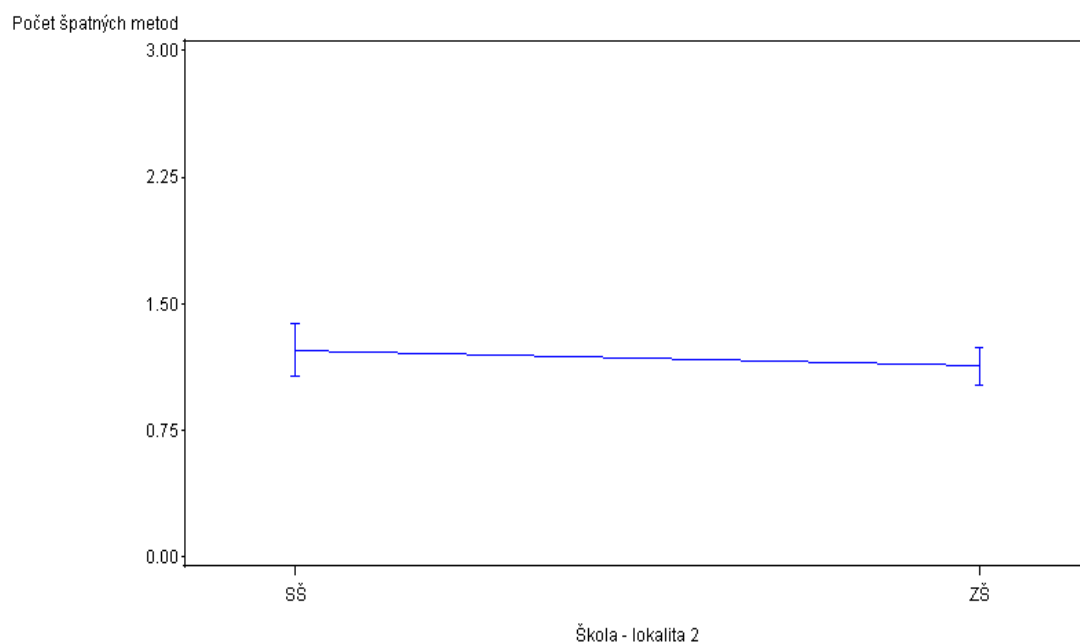
Tabulka 14 Vyjádření počtu *správných* odpovědí a používaných metod v závislosti na lokalitě a typu školy.

škola – typ a lokalita	průměrný počet správných odpovědí	průměrný počet používaných špatných metod	průměrný počet používaných dobrých metod	Počet respondentů
SŠ	31.03	1.22	16.42	36
ZŠ	35.62	1.13	17.95	55

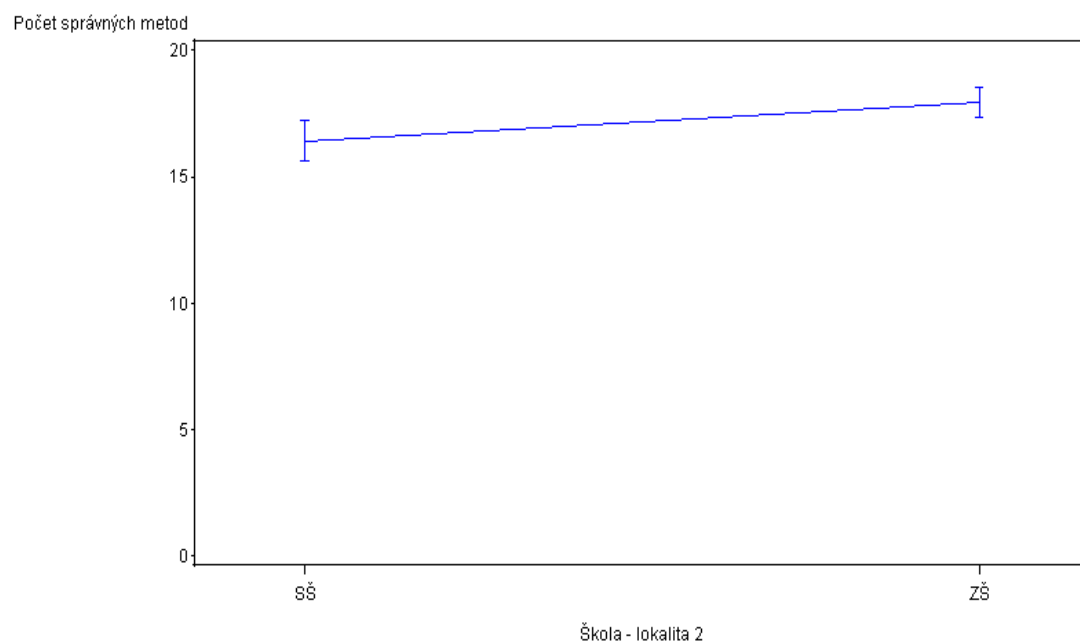
Graf 29 Střední hodnoty a jejich směrodatné chyby, závislost míry informovanosti na lokalitě a typu školy.



Graf 30 Střední hodnoty a jejich směrodatné chyby, četnost používaných špatných metod v závislosti na lokalitě a typu školy.



Graf 31 Střední hodnoty a jejich směrodatné chyby, četnost používaných vhodných metod v závislosti na lokalitě a typu školy.



Závěr: Test prokázal statisticky významně vyšší počet správných odpovědí u respondentů, kteří vyučují na ZŠ než u respondentů, kteří vyučují na SŠ. Test indikuje také závislost počtu používaných vhodných metod na typu školy, ale na 5 % hladině významnosti ji neprokázal.

Na všech zkoumaných ZŠ působí celkem 91 % pedagogů s vysokoškolským vzděláním. Informovanost pedagogů na ZŠ obecně (městské i vesnické) je v porovnání s informovaností pedagogů na středních školách významně vyšší.

Ani jeden, z těchto dvou testů, neprokázal rozdíl v používání vhodných a nevhodných metod u pedagogů v závislosti na lokalitě a typu školy. I přes významně vyšší informovanost u pedagogů na ZŠ městských (oproti školám středním), nebyla prokázána vyšší schopnost odborného zacházení s dítětem s ADHD, ADD. Mezi středoškolskými pedagogy je rozšířen názor, že dítě na střední škole musí umět se svojí poruchou zacházet, ovládat se. Projevy dítěte jsou označovány jako nevychovanost, pedagog často podléhá dojmu, že dítě mu „to“ dělá naschvál. Nedovede si vysvětlit příčiny chování dítěte. V tomto věku se již plně projevují sekundární následky nevhodného zacházení s dítětem ze základní školy. Dítě bývá často ze SŠ vyloučeno pro nekázeň, záškoláctví a další poruchy chování.

6. Test závislosti informovanosti pedagogů na jejich působení dle stupně školy.

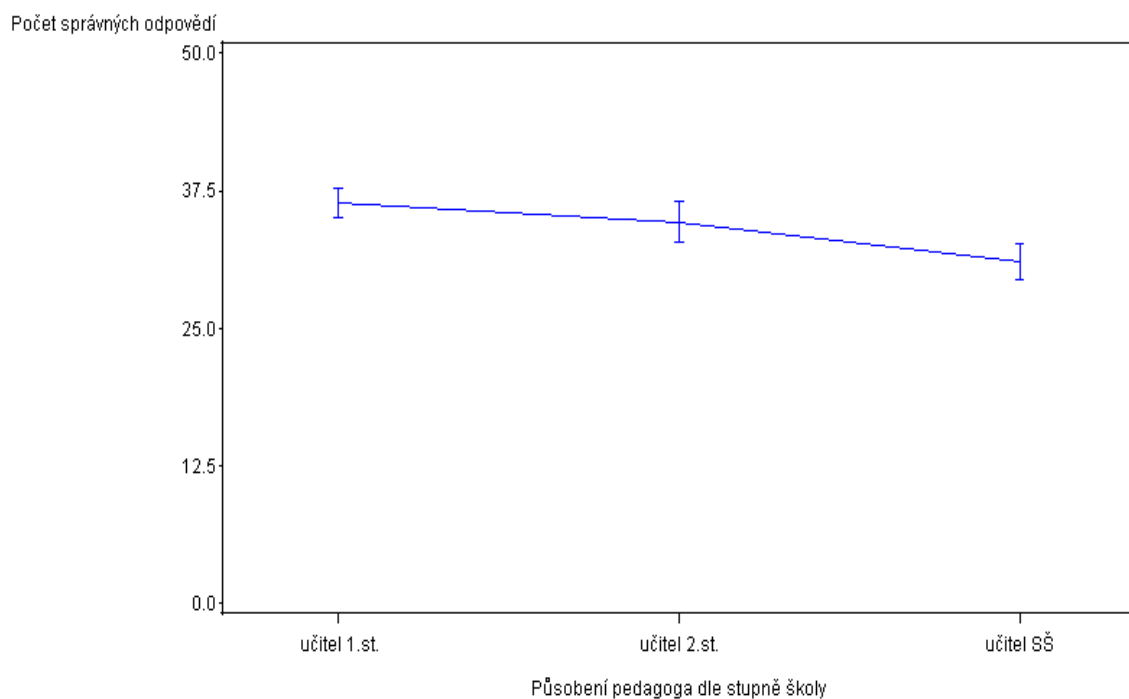
Tabulka 15 Statistické vyhodnocení – faktor = působení pedagogů dle stupně školy.

Faktor	Vysvětlovaná proměnná	Hodnota statistiky F	Min. hladina výz.
Působení dle stupně školy	počet správných odpovědí	3.13	0.0485
Působení dle stupně školy	počet používaných špatných metod	0.13	0.8814
Působení dle stupně školy	počet používaných dobrých metod	1.16	0.3177

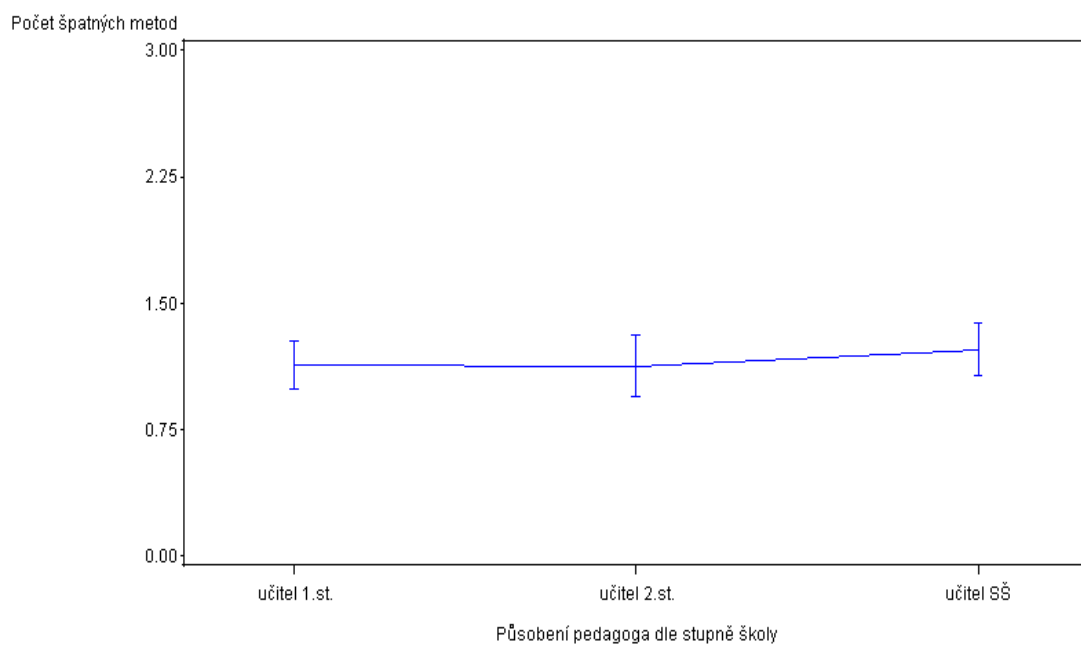
Tabulka 16 Vyjádření počtu správných odpovědí a používaných metod v závislosti na působení pedagogů dle stupně školy.

Pozice	průměrný počet správných odpovědí	průměrný počet používaných špatných metod	průměrný počet používaných dobrých metod	Počet respondentů
učitel 1. st.	36.35	1.129	17.97	23
učitel 2. st.	34.67	1.125	17.92	32
učitel SŠ	31.03	1.222	16.42	36

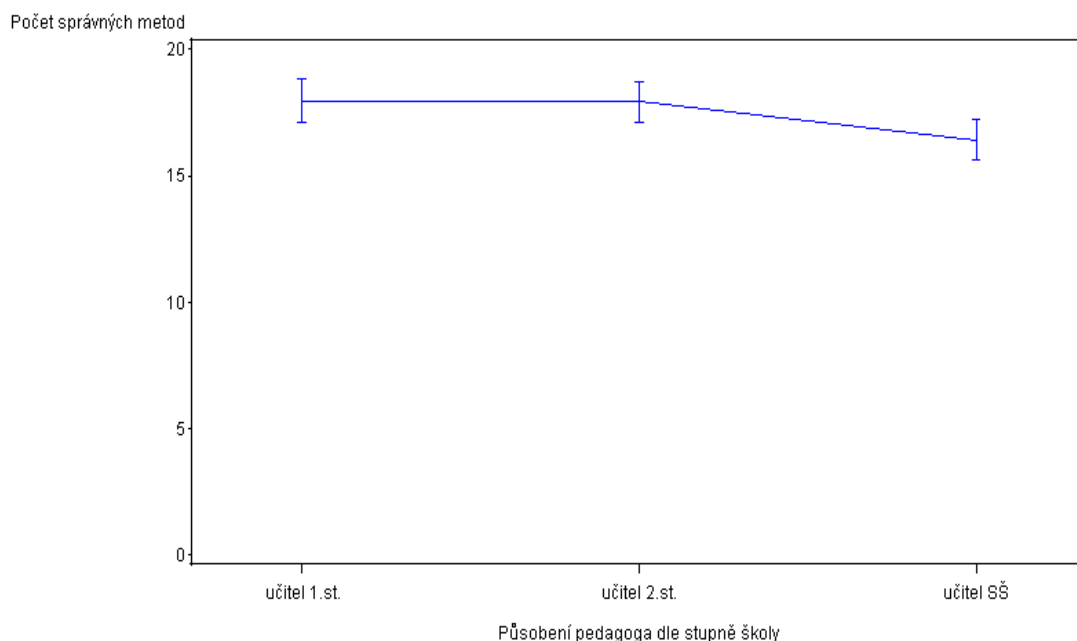
Graf 32 Střední hodnoty a jejich směrodatné chyby, závislost míry informovanosti na působení pedagogů dle stupně školy.



Graf 33 Střední hodnoty a jejich směrodatné chyby, četnost používaných špatných metod v závislosti na působení pedagogů dle stupně školy.



Graf 34 Střední hodnoty a jejich směrodatné chyby, četnost používaných vhodných metod v závislosti na působení pedagogů dle stupně školy.



Závěr: Test prokázal závislost počtu správných odpovědí na působení pedagogů dle stupně školy. Nejlepších výsledků v testu dosáhli učitelé na 1. stupni ZŠ, rozdíl dvou otázek mezi pedagogy na 1. a 2. stupni však není statisticky významný, což je dáno především celkovou velikostí vzorku respondentů. Závislost počtu používaných vhodných či nevhodných metod na pozici test neprokázal.

Lze říci, že pedagogové na 1. stupni ZŠ mají znalosti o ADHD, ADD vyšší oproti pedagogům na SŠ, ale rozdíl v porovnání s pedagogy na 2. stupni není statisticky významný.

7. Test závislosti informovanosti pedagogů na jejich setkání s dítětem/děťmi s diagnózou ADHD, ADD.

Tabulka 17 Statistické vyhodnocení – faktor = pedagog se setkal/nesetkal s dítětem s ADHD, ADD.

Faktor	Vysvětlovaná proměnná	Hodnota statistiky F	Min. hladina výz.
děti ADHD, ADD setkal	počet správných odpovědí	1.89	0.1374
děti ADHD, ADD setkal	počet používaných špatných metod	2.17	0.0971
děti ADHD, ADD setkal	počet používaných vhodných metod	1.02	0.3872

Tabulka 18 Vyjádření počtu správných odpovědí a používaných metod v závislosti na tom, zda se pedagog setkal/nesetkal s s dítětem s ADHD, ADD.

děti ADHD, ADD setkal	průměrný počet správných odpovědí	průměrný počet používaných špatných metod	průměrný počet používaných vhodných metod	Počet respondentů
a	27.11	1.78	14.78	9
b	34.00	1.67	18.33	3
c	34.15	1.09	17.55	33
d	34.85	1.07	17.63	46

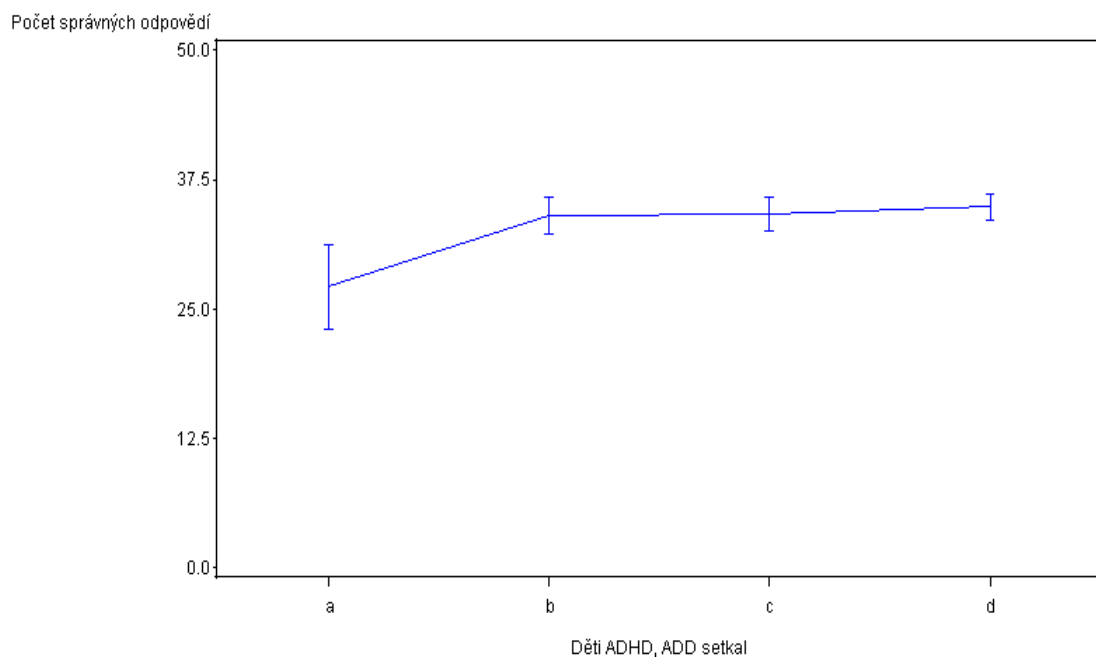
a...pedagog se ve své praxi nesetkal s žádným dítětem s diagnózou ADHD, ADD

b...pedagog se ve své praxi setkal s jedním dítětem s diagnózou ADHD, ADD

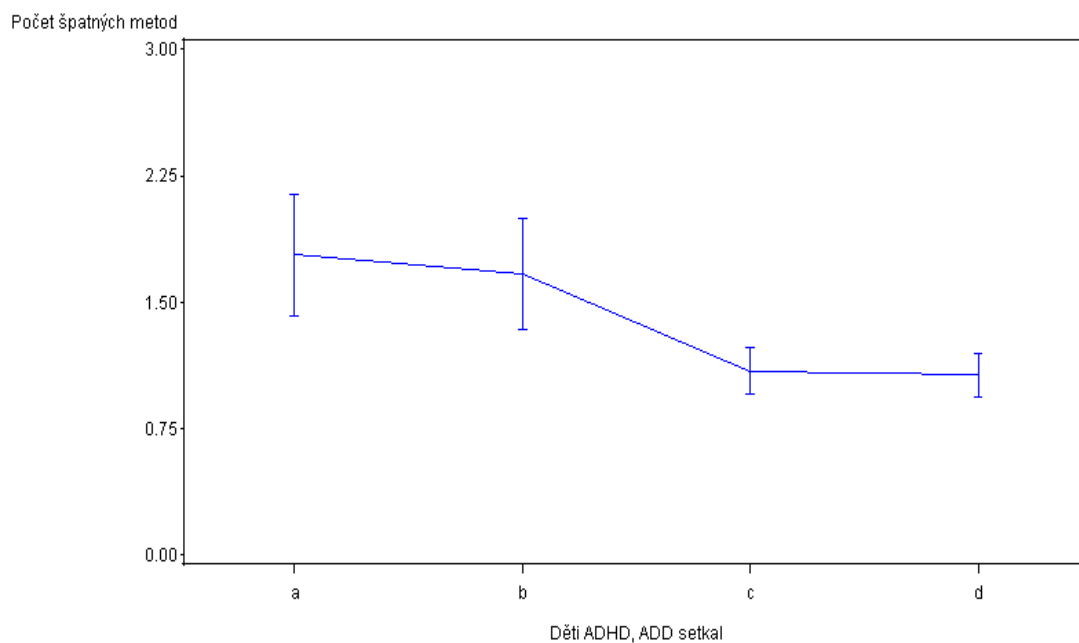
c...pedagog se ve své praxi setkal s dvěma až pěti dětmi s diagnózou ADHD, ADD

d...pedagog se ve své praxi setkal s více než pěti dětmi s diagnózou ADHD, ADD

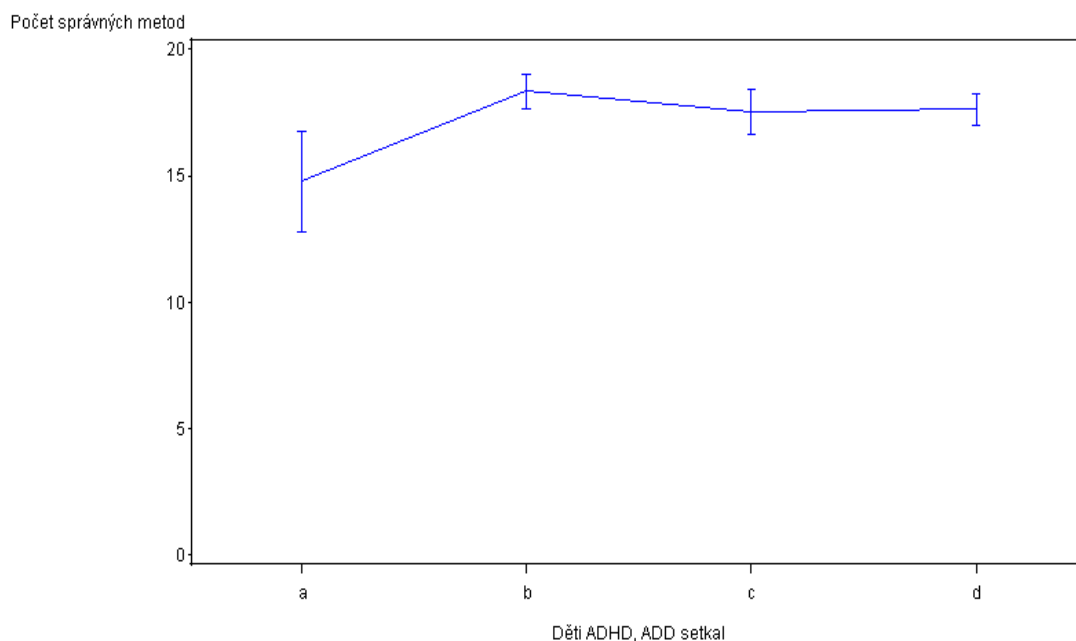
Graf 35 Střední hodnoty a jejich směrodatné chyby, závislost míry informovanosti na počtu dětí s ADHD, ADD, se kterými se pedagog ve své praxi setkal.



Graf 36 Střední hodnoty a jejich směrodatné chyby, četnost používaných špatných metod v závislosti na počtu dětí s ADHD, ADD, se kterými se pedagog ve své praxi setkal.



Graf 37 Střední hodnoty a jejich směrodatné chyby, četnost používaných vhodných metod v závislosti na počtu dětí s ADHD, ADD, se kterými se pedagog ve své praxi setkal.



Závěr: Test neprokázal závislost počtu správných odpovědí, počtu používaných špatných ani vhodných metod na počtu dětí s ADHD, ADD, se kterými se pedagog setkal.

Jak je patrné z tabulky a grafů, většina pedagogů (90 %) se ve své praxi setkala alespoň s jedním dítětem s ADHD, ADD. Polovina pedagogů se setkala s více než pěti dětmi s diagnózou ADHD, ADD. Přibližně 10 % pedagogů se, dle svého mínění, ve své praxi s těmito dětmi nesetkalo vůbec (7 pedagogů ze SŠ, 1 ze ZŠ městské a 1 ze ZŠ vesnické). Kontakt pedagoga s dítětem s ADHD, ADD nemusí být dostatečnou motivací k většímu zájmu o získávání dalších informací (co je příčinou problémů, jak jim předcházet a jak k dítěti přistupovat). I zde hraje roli fakt, že velká většina pedagogů, i v dnešní době, podceňuje diagnózu ADHD, ADD a zastává názor, že dítě je nevychované, své chování by mělo umět ovládat a za své projevy by mělo být trestané. Přeceňuje možnosti dítěte, nepřipouští nebezpečí sekundárních následků špatné interpretace chování dítěte ze strany pedagoga.

8. Test závislosti informovanosti pedagogů na výskytu jedince s ADHD, ADD v příbuzenstvu či mezi přáteli pedagoga.

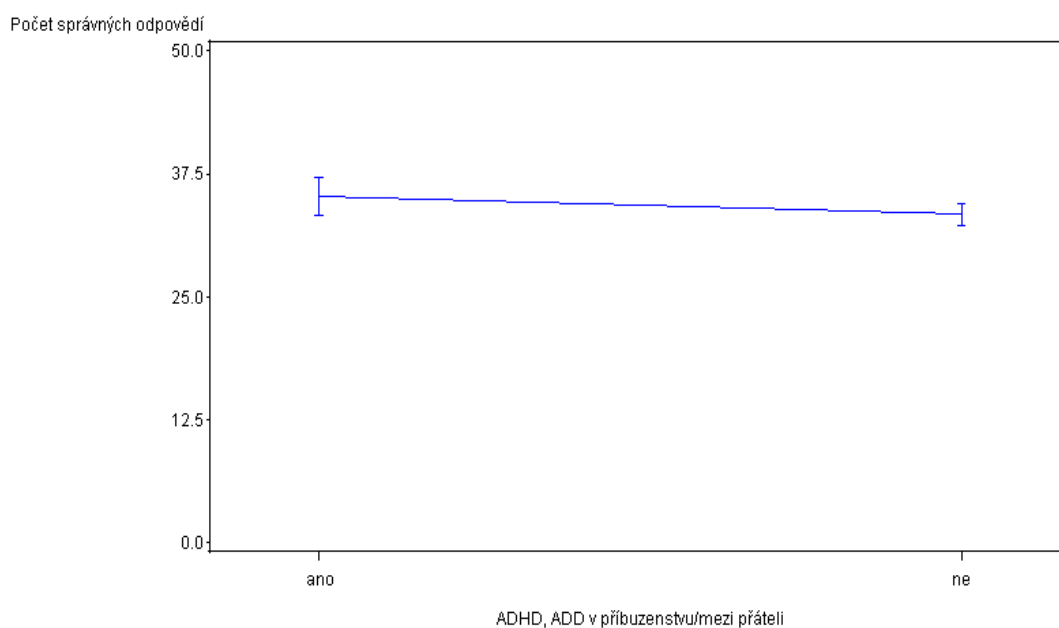
Tabulka 19 Statistické vyhodnocení – faktor = přítomnost jedince s ADHD, ADD v příbuzenstvu pedagoga nebo mezi jeho přáteli.

Faktor	Vysvětlovaná proměnná	Hodnota statistiky F	Min. hladina výz.
ADHD, ADD v příbuzenstvu/mezi přáteli	počet správných odpovědí	0.67	0.4136
ADHD, ADD v příbuzenstvu/mezi přáteli	počet používaných špatných metod	6.15	0.015
ADHD, ADD v příbuzenstvu/mezi přáteli	počet používaných vhodných metod	3.17	0.0784

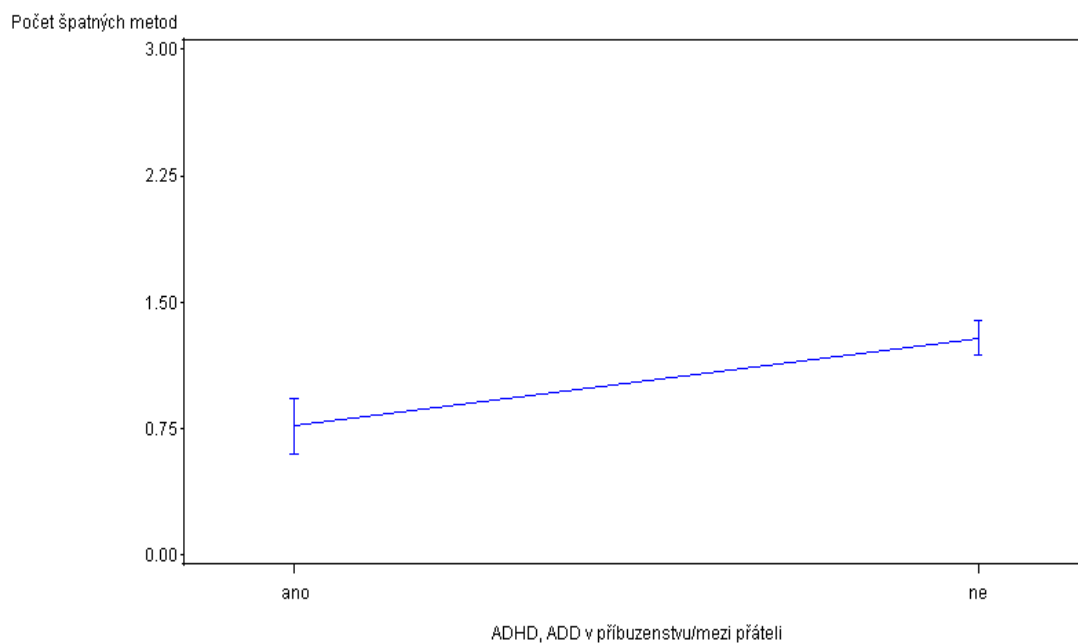
Tabulka 20 Vyjádření počtu správných odpovědí a používaných metod v závislosti na přítomnosti jedince s ADHD, ADD v příbuzenstvu pedagoga nebo mezi jeho přáteli.

ADHD, ADD v příbuzenstvu/mezi přáteli	průměrný počet správných odpovědí	průměrný počet používaných špatných metod	průměrný počet používaných vhodných metod	Počet respondentů
ano	35.24	0.76	15.76	21
ne	33.37	1.29	17.81	70

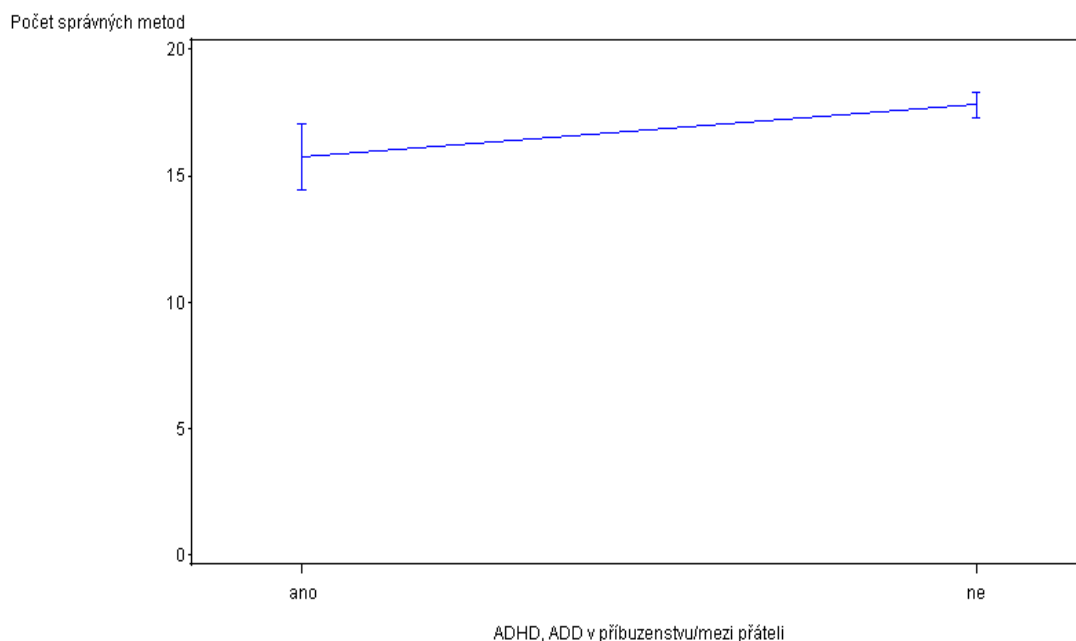
Graf 38 Střední hodnoty a jejich směrodatné chyby, závislost míry informovanosti na přítomnosti jedince s ADHD, ADD v příbuzenstvu pedagoga nebo mezi jeho přáteli.



Graf 39 Střední hodnoty a jejich směrodatné chyby, četnost používaných špatných metod v závislosti na přítomnosti jedince s ADHD, ADD v příbuzenstvu pedagoga nebo mezi jeho přáteli.



Graf 40 Střední hodnoty a jejich směrodatné chyby, četnost používaných vhodných metod v závislosti na přítomnosti jedince s ADHD, ADD v příbuzenstvu pedagoga nebo mezi jeho přáteli.



Závěr: Test prokázal statisticky významně nižší počet špatných metod u respondentů, kteří mají v příbuzenstvu nebo mezi svými přáteli jedince s ADHD, ADD. Test neprokázal závislost počtu správných odpovědí ani počtu používaných vhodných metod na tom, zda má pedagog v příbuzenstvu jedince s ADHD, ADD.

Z výsledku testu vyplývá, že pedagogové, kteří mají v příbuzenstvu nebo mezi přáteli jedince s diagnózou ADHD, ADD (21 pedagogů tj. 23 %), se dopouštějí menšího počtu chybného jednání v interakci s dítětem s ADHD, ADD ve škole. Je pravděpodobné, že mají více zkušeností v této oblasti. Vzhledem k blízkému vztahu k jedinci s ADHD, ADD (v příbuzenstvu nebo mezi přáteli) zde může hrát roli větší tolerantnost k jednání typickému pro toto dítě a také potřeba s tímto jedincem (dítě nebo i dospělý) umět „vyjít“ a mít s ním přijatelný vztah. Teoretické znalosti však nejsou u této skupiny pedagogů na významně vyšší úrovni. Důvodem by mohl být fakt, že jednu třetinu těchto pedagogů tvoří pedagogové se středoškolským vzděláním.

9. Test závislosti informovanosti pedagogů na tom, zda se domnívají, že jejich znalosti jsou v této oblasti dostatečné.

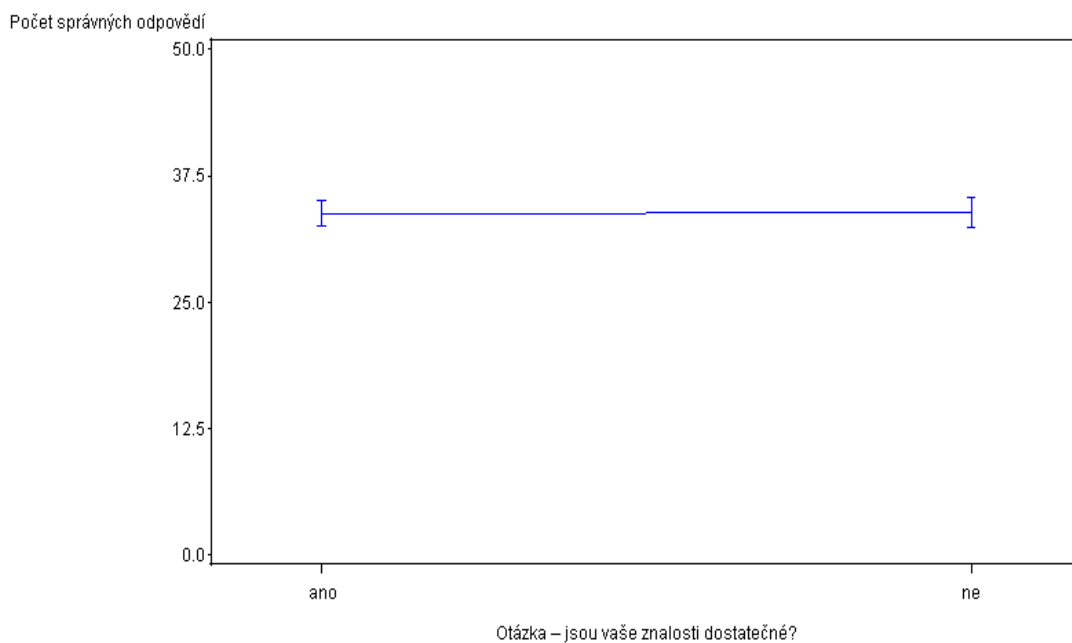
Tabulka 21 Statistické vyhodnocení – faktor = osobní mínění pedagoga o dostatečné/nedostatečné úrovni jeho znalostí v oblasti ADHD, ADD.

Faktor	Vysvětlovaná proměnná	Hodnota statistiky F	Min. hladina výz.
Otázka – jsou vaše znalosti dostatečné?	počet správných odpovědí	0	0.9797
Otázka – jsou vaše znalosti dostatečné?	počet používaných špatných metod	0.03	0.8559
Otázka – jsou vaše znalosti dostatečné?	počet používaných vhodných metod	0.16	0.6893

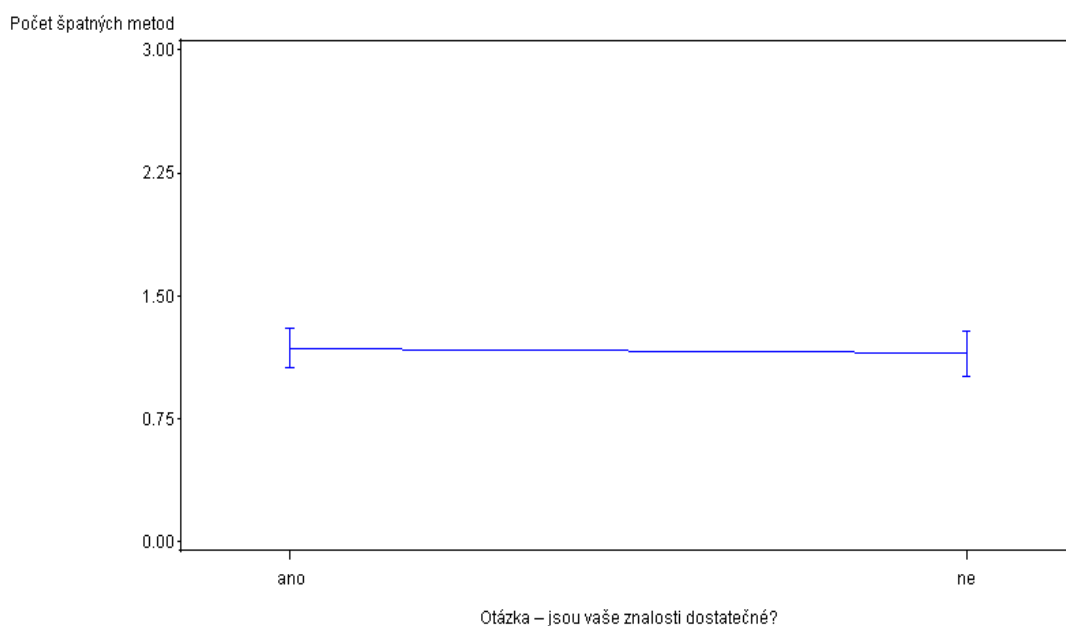
Tabulka 22 Vyjádření počtu správných odpovědí a používaných metod v závislosti na osobním mínění pedagoga o dostatečné/nedostatečné úrovni jeho znalostí v oblasti ADHD, ADD.

Otázka – jsou vaše znalosti dostatečné?	průměrný počet správných odpovědí	průměrný počet používaných špatných metod	průměrný počet používaných vhodných metod	Počet respondentů
ano	33.78	1.18	17.52	50
ne	33.83	1.15	17.12	41

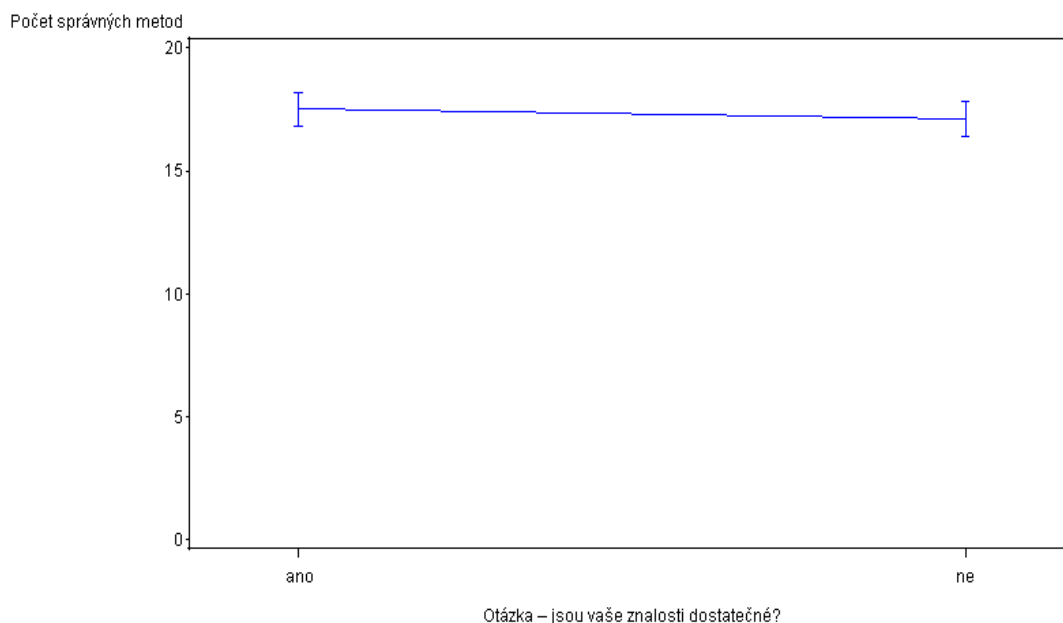
Graf 41 Střední hodnoty a jejich směrodatné chyby, závislost míry informovanosti na osobním mínění pedagoga o dostatečné/nedostatečné úrovni jeho znalostí v oblasti ADHD, ADD.



Graf 42 Střední hodnoty a jejich směrodatné chyby, četnost používaných špatných metod v závislosti na osobním mínění pedagoga o dostatečné/nedostatečné úrovni jeho znalostí v oblasti ADHD, ADD.



Graf 43 Střední hodnoty a jejich směrodatné chyby, četnost používaných vhodných metod v závislosti na osobním mínění pedagoga o dostatečné/nedostatečné úrovni jeho znalostí v oblasti ADHD, ADD.



Závěr: Test neprokázal závislost počtu správných odpovědí, počtu používaných špatných ani vhodných metod na osobním mínění pedagoga o tom, zda jsou jeho znalosti o ADHD, ADD dostatečné či nikoli.

Celkem 50 pedagogů (55 %) se domnívá, že má dostatečné znalosti o ADHD, ADD. Avšak tato skupina neprokázala hlubší znalosti oproti skupině pedagogů, kteří se domnívají, že jejich znalosti dostatečné nejsou. Osobní mínění každého jednotlivého pedagoga je založené na minulé zkušenosti, pro něj dostupných informacích a jeho subjektivním názoru na věc.

10. Test závislosti informovanosti pedagogů na tom, z jakých zdrojů získali své znalosti o ADHD, ADD.

Tabulka 23 Statistické vyhodnocení – faktor = zdroj znalostí o ADHD, ADD.

Faktor	Vysvětlovaná proměnná	Hodnota statistiky F	Min. hladina výz.
zdroj informací o ADHD, ADD	počet správných odpovědí	3.85	0.0122
zdroj informací o ADHD, ADD	počet používaných špatných metod	0.66	0.5817
zdroj informací o ADHD, ADD	počet používaných vhodných metod	1.94	0.1287

Tabulka 24 Vyjádření počtu správných odpovědí a používaných metod v závislosti na tom, z jakých zdrojů pedagogové získali svoje znalosti o ADHD, ADD.

zdroj informací o ADHD, ADD	průměrný počet správných odpovědí	průměrný počet používaných špatných metod	průměrný počet používaných dobrých metod	Počet respondentů
a	33.13	1.30	16.96	23
b	33.82	1.00	17.82	17
c	30.22	1.26	15.93	27
kombinace	38.46	1.04	18.96	24

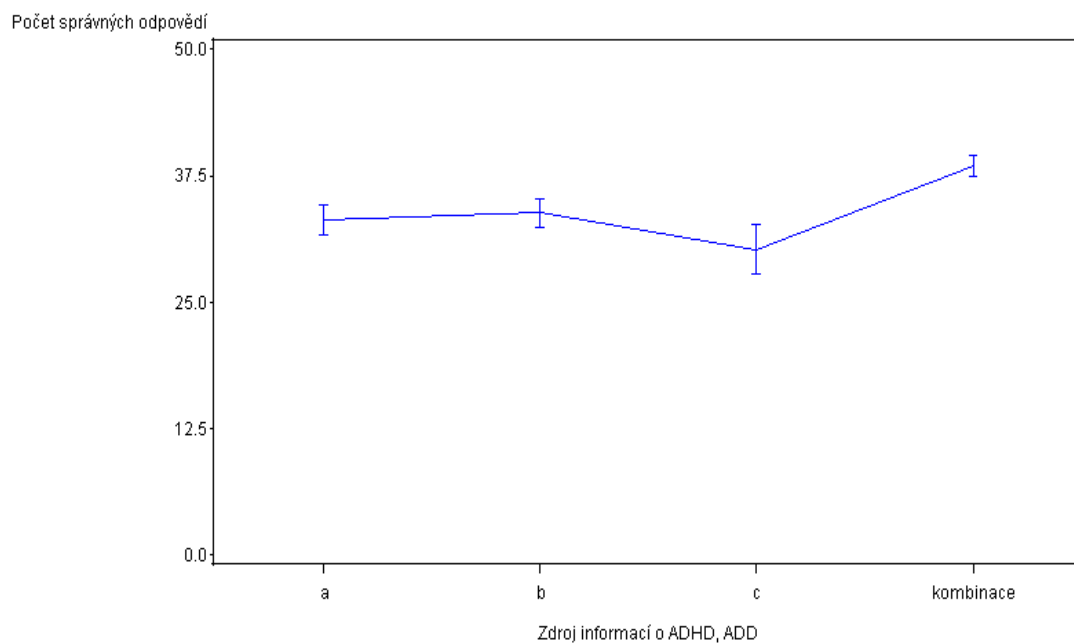
a...studium ve škole

b...další organizované vzdělávání (rozšiřující, doplňkové studium, kurzy, semináře, přednášky, atd.)

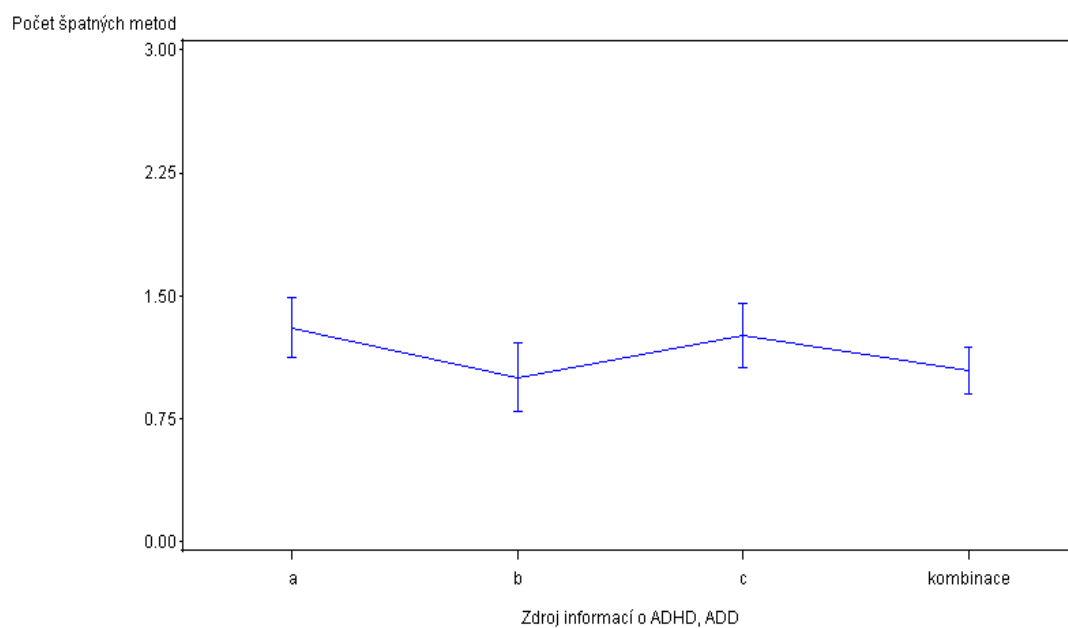
c...samostudium – knihy, časopisy, internetové zdroje

kombinace...kombinace výše uvedených možností (např.: a + c, a + b, c + b, a + b + c)

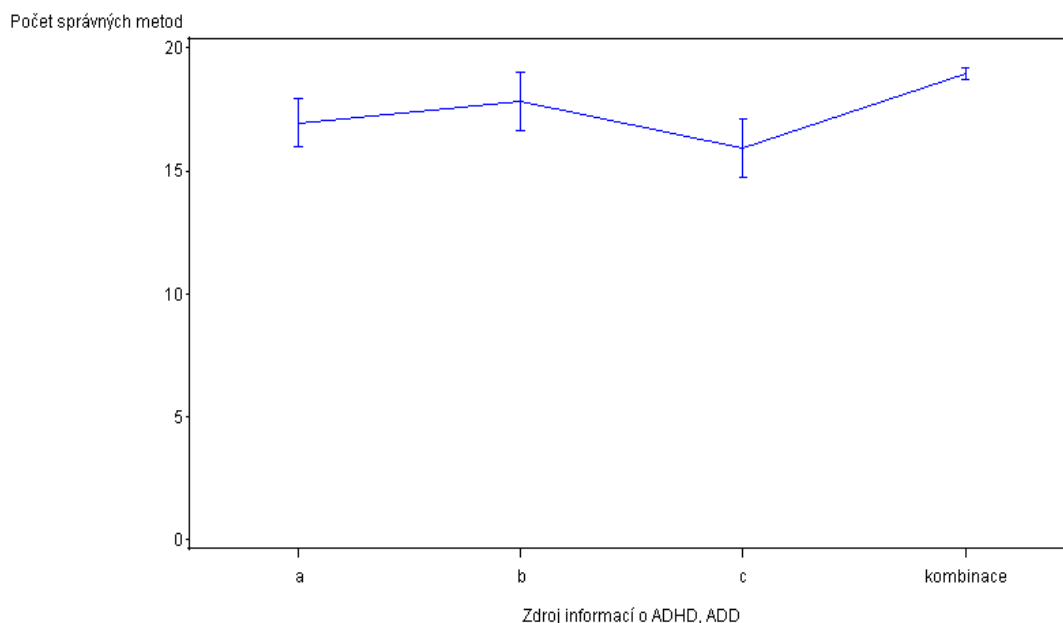
Graf 44 Střední hodnoty a jejich směrodatné chyby, závislost míry informovanosti na tom, z jakých zdrojů pedagogové získali svoje znalosti o ADHD, ADD.



Graf 45 Střední hodnoty a jejich směrodatné chyby, četnost používaných špatných metod v závislosti na na tom, z jakých zdrojů pedagogové získali svoje znalosti o ADHD, ADD.



Graf 46 Střední hodnoty a jejich směrodatné chyby, četnost používaných vhodných metod v závislosti na tom, z jakých zdrojů pedagogové získali svoje znalosti o ADHD, ADD.



Závěr: Test prokázal statisticky významně vyšší počet správných odpovědí u respondentů, kteří svoje znalosti načerpali z více zdrojů.

Z celkového počtu 91 pedagogů jich bylo v této skupině 24 (26 %). Z toho 21 pedagogů s vysokoškolským vzděláním (3 pedagogové se vzděláním středoškolským) a mezi těmito pedagogy je skupina 5 pedagogů speciálních. Lze konstatovat, že určujícím faktorem pro významně vyšší počet správných odpovědí u těchto pedagogů je nejen jejich pravděpodobně vyšší zájem o danou problematiku projevující se získáváním informací z více zdrojů, ale jak prokázal výše uvedený test (č. 4), i jejich vysokoškolské vzdělání. U 3 středoškolsky vzdělaných pedagogů z této skupiny lze předpokládat přirozený zájem o informace z oblasti ADHD, ADD vzhledem ke skutečnosti, že mají mezi příbuznými nebo přáteli jedince s touto diagnózou. Test potvrdil závislost informovanosti pedagogů na množství zdrojů, kde načerpali své znalosti.

11. Test závislosti informovanosti pedagogů na jejich vyjádřeném zájmu o další vzdělávání v oblasti ADHD, ADD.

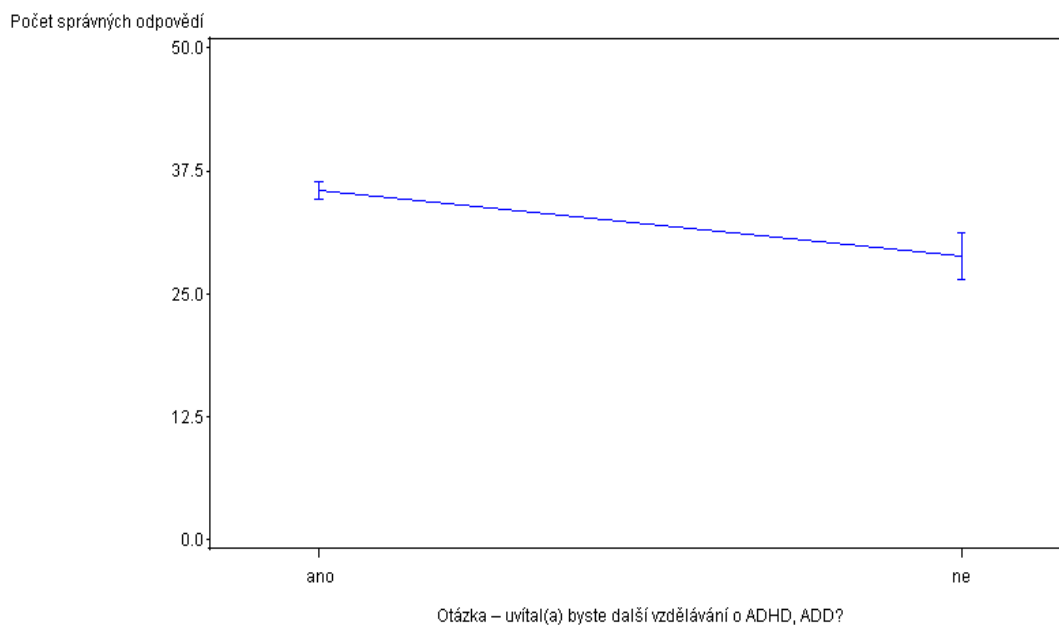
Tabulka 25 Statistické vyhodnocení – faktor = vyjádřený zájem o dalším vzdělávání o ADHD, ADD.

Faktor	Vysvětlovaná proměnná	Hodnota statistiky F	Min. hladina výz.
Otázka – uvítal(a) byste další vzdělávání o ADHD, ADD?	počet správných odpovědí	10.29	0.0019
Otázka – uvítal(a) byste další vzdělávání o ADHD, ADD?	počet používaných špatných metod	12.9	0.0005
Otázka – uvítal(a) byste další vzdělávání o ADHD, ADD?	počet používaných vhodných metod	0.66	0.4183

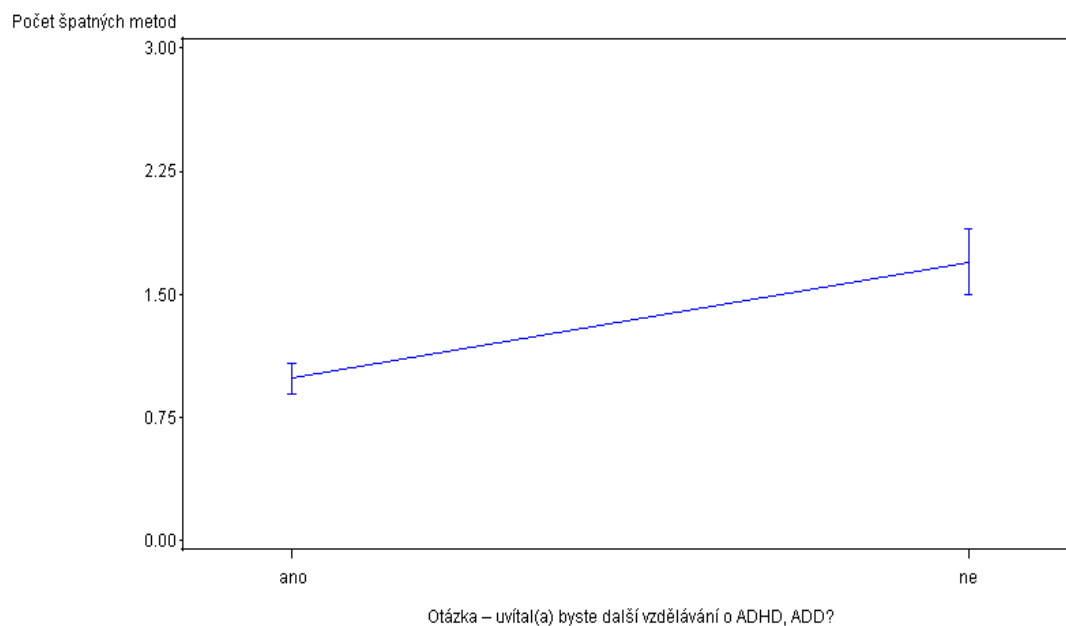
Tabulka 26 Vyjádření počtu správných odpovědí a používaných metod v závislosti na zájmu pedagogů o další vzdělávání o ADHD, ADD.

Otázka – uvítal(a) byste další vzdělávání o ADHD, ADD?	průměrný počet správných odpovědí	průměrný počet používaných špatných metod	průměrný počet používaných vhodných metod	Počet respondentů
ano	35.50	0.99	17.57	68
ne	28.78	1.70	16.65	23

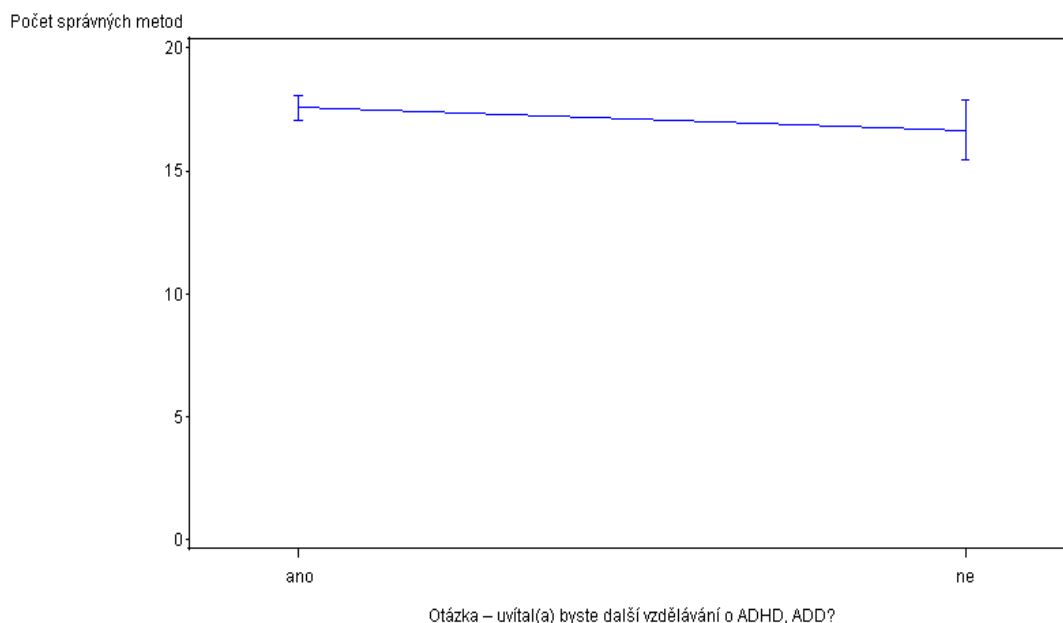
Graf 47 Střední hodnoty a jejich směrodatné chyby, závislost míry informovanosti na vyjádřeném zájmu pedagogů o další vzdělávání o ADHD, ADD.



Graf 48 Střední hodnoty a jejich směrodatné chyby, četnost používaných špatných metod v závislosti na vyjádřeném zájmu pedagogů o další vzdělávání o ADHD, ADD.



Graf 49 Střední hodnoty a jejich směrodatné chyby, četnost používaných vhodných metod v závislosti na vyjádřeném zájmu pedagogů o další vzdělávání o ADHD, ADD.



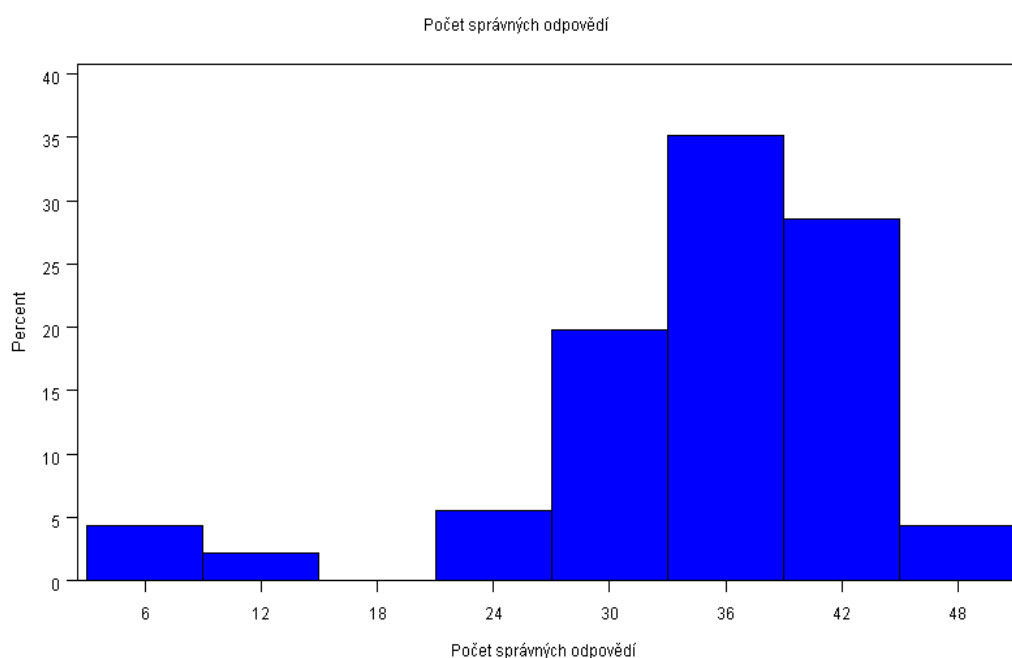
Závěr: Test neprokázal statisticky významnou závislost počtu používaných vhodných metod na vyjádřeném zájmu o další vzdělávání. Test prokázal vyšší počet správných odpovědí a nižší počet používaných špatných metod u respondentů, kteří by uvítali další vzdělávání.

Z dotazníkového šetření dále vyplývá, že průměrný pedagog, který nemá zájem o další vzdělávání v oblasti ADHD, ADD, má vysokoškolské vzdělání, věk 45 let a 18 let praxe ve školství. O další vzdělávání nemá zájem 23 pedagogů (25 %) z celkového počtu 91. Předešlé testy neprokázaly závislost informovanosti pedagogů o ADHD, ADD na věku ani délce praxe. Lze se však domnívat, že tato skupina pedagogů spoléhá na své zkušenosti a subjektivně nemá důvod usilovat o nové informace, měnit zavedené způsoby a metody své práce. V testu tato skupina prokázala významně nižší teoretické znalosti oproti skupině 68 pedagogů (76 %), která zájem o další vzdělávání projevila a prokázala také statisticky nižší procento používání nevhodných metod v praxi. Ale ani pedagogové, kteří projevili zájem o další vzdělávání, neprokázali významnější dovednost aplikovat teoretické znalosti v praxi (počet používaných vhodných metod při práci s dítětem s ADHD, ADD nebyl významně vyšší). Zájem o další vzdělávání a nové informace je základem pro odbornou komplexní péči a přístup k dítěti s ADHD, ADD. Skupina pedagogů projevující tento zájem má nejen statisticky významně hlubší informace, ale dělá v pedagogické praxi i méně chybných kroků.

Lze říci, že tito pedagogové pracují s dětmi s ADHD, ADD lépe. Na druhou stranu neumí svoje teoretické znalosti aplikovat v praxi a uplatňovat vhodné a žádoucí metody speciálního přístupu více, než jejich kolegové s významně menším množstvím informací.

Souhrnný grafický přehled informovanosti pedagogů

Graf 50 Procentuálně vyjádřené množství pedagogů v závislosti na počtu správných odpovědí.



Závěr: Grafický přehled počtu správných odpovědí a procentuálně vyjádřeného počtu správně odpovídajících pedagogů ukazuje, že jen 5 % pedagogů odpovědělo správně na 80 % otázek a 35 % pedagogů odpovědělo správně na 50 % otázek. Informovanost pedagogů obecně o ADHD, ADD, je tedy velmi malá.

Tento graf slouží jako ukázka možné metodiky zpracování získaných dat.

3.6 Ověření hypotéz

3.6.1 Komentář k první hypotéze

Hypotéza č. 1: Předpokládáme, že informovanost pedagogických pracovníků o problematice ADHD, ADD na základních školách je vyšší než na školách středních.

Na základě údajů získaných v dotazníkovém šetření bylo metodou statistického vyhodnocení zjištěno, že pedagogové působící na základních školách mají znalosti o specifických poruchách chování (ADHD, ADD) statisticky významně vyšší v porovnání se znalostmi pedagogů působících na školách středních. Rozdíl mezi znalostmi pedagogů na ZŠ městských a ZŠ vesnických, jako i rozdíl mezi znalostmi pedagogů na ZŠ vesnických a SŠ, nebyl statisticky významný. Tyto údaje dokládají tabulky číslo 11, 12, 13, 14 a grafy číslo 26, 27, 28, 29, 30, 31.

Lze konstatovat, že pedagogové ZŠ obecně mají znalosti vyšší než pedagogové SŠ, avšak tento výsledek je více určován úrovní informovanosti skupiny pedagogů ZŠ městských. Vysvětlení lze hledat v přítomnosti speciálních pedagogů (5 speciálních pedagogů) a vyšším počtem vysokoškolsky vzdělaných pedagogů (93 %) na ZŠ městských. Hypotézu přijímáme.

3.6.2 Komentář k druhé hypotéze

Hypotéza č. 2: Nejvíce objektivních informací o podstatě problémů jedinců s ADHD, ADD mají pedagogičtí pracovníci na prvním stupni základních škol.

Ve shodě s první hypotézou je i výsledek testů pro hypotézu další. Výsledky shrnuté v tabulkách č. 15, 16 a grafech č. 32, 33, 34 dokládají, že pedagogové základních škol jsou lépe informováni o specifických poruchách chování než pedagogové škol středních a pedagogové prvního stupně ZŠ mají znalosti vyšší než pedagogové stupně druhého, avšak vzhledem k velikosti zkoumaného vzorku nelze prokázat statistickou významnost tohoto tvrzení. V oblasti poskytování speciálního přístupu k dětem s ADHD, ADD, nebyl prokázán statisticky významný rozdíl mezi jednotlivými pedagogy. Na základě výsledků statistického šetření hypotézu nepřijímáme.

3.6.3 Komentář ke třetí hypotéze

Hypotéza č. 3: Délka pedagogické praxe a věk nejsou rozhodující pro dobrou informovanost pedagogů v této oblasti.

Věkové rozložení respondentů bylo velmi široké – od 22 do 67 let. Z toho vyplývá i velice rozdílná délka praxe – od 1 roku do 40 let. V informovanosti pedagogů o ADHD, ADD není statisticky významný rozdíl v závislosti na věku nebo délce praxe (tabulky č. 3, 4, 5, 6 a grafy č. 14, 15, 16, 17, 18, 19). Věk ani délka praxe nejsou určujícím faktorem. Stanovenou hypotézu potvrzuje i test četnosti používání vhodných nebo nevhodných metod při práci s dítětem s ADHD, ADD ve škole. Hypotézu přijímáme.

3.6.4 Komentář ke čtvrté hypotéze

Hypotéza č. 4: Dosažený stupeň vzdělání (SŠ, VŠ, VŠ speciální pedagogika) má vliv na informovanost pedagogů o ADHD, ADD.

Tabulky č. 7, 8, 9, 10 a grafy č. 20, 21, 22, 23, 24, 25 znázorňují závislost informovanosti pedagogů na stupni vzdělání. Pedagogové s vysokoškolským vzděláním mají nejvíce informací o specifických poruchách chování. Testování četnosti používání vhodných a nevhodných metod a přístupů k dětem s ADHD, ADD, však neprokázalo statisticky významný rozdíl mezi pedagogy.

Výsledky statistického vyhodnocení ukazují, že dosažený stupeň vzdělání má vliv na informovanost pedagogů o ADHD, ADD. Hypotézu přijímáme.

3.6.5 Komentář k páté hypotéze

Hypotéza č. 5: Pedagogové, kteří mají mezi svými příbuznými či přáteli někoho, kdo má diagnostikovanou poruchu ADHD, ADD, jsou o této problematice lépe informováni a umí ve větší míře dítěti s ADHD, ADD poskytnout speciální přístup a péči.

Na základě výsledků uvedených v tabulkách č. 19, 20 a zobrazených pomocí grafů č. 38, 39 a 40, tuto hypotézu nepřijímáme. Ze zkoumaného vzorku 91 respondentů má 23 % mezi příbuznými nebo přáteli někoho, kdo má diagnostikovanou poruchu ADHD, ADD. Tato skutečnost však nemá vliv na větší informovanost v této oblasti. Statisticky významný rozdíl mezi těmito pedagogy a pedagogy, kteří nikoho mezi příbuznými nebo přáteli s ADHD, ADD nemají, je pouze v tom, že tito pedagogové dělají méně chyb v jednání s dítětem s ADHD, ADD v praxi. Toto jim pravděpodobně umožňuje jejich zkušenost a osobní vztah s jedincem s touto poruchou.

4 Závěr

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit míru informovanosti pedagogů o poruchách chování, konkrétně o poruchách chování specifických (ADHD, ADD), na vybraných základních a středních školách, poukázat na obecně nedostatečnou informovanost pedagogů v této oblasti a nastínit důsledky nevhodného přístupu k dětem s ADHD, ADD ze strany pedagogů. Současně navrhnout opatření, která by mohla vést k většímu zájmu pedagogů o tuto oblast a tím i k jejich větší informovanosti a schopnosti tyto informace aplikovat v praxi.

V teoretické části byla popsána souvislost specifických poruch chování s procesem socializace, byl vymezen pojem specifické poruchy chování (ADHD, ADD) a jeho historický vývoj. Dále byly popsány příčiny, příznaky a projevy specifických poruch chování, problémy s nimi spojené a jejich sekundární následky, komplexní péče o děti s ADHD, ADD a systém jejich vzdělávání.

Praktická část zahrnuje statistické zpracování výsledků dotazníkového šetření mezi pedagogy. Obsáhlý dotazník³⁰, který lze nazvat dotazníkem formativním (svým obsahem a pojetím formoval názory pedagogů na danou problematiku³¹), vyplnilo a odevzdalo celkem 43 % (z 212) oslovených pedagogů (24 % mužů a 76 % žen) ve věku od 22 let do 67 let s délkou praxe od 1 roku do 40 let.

Autorka se domnívá, že cíl práce se podařilo naplnit. Díky dostatečnému počtu respondentů (91 pedagogů) byla zmapována informovanost pedagogů o ADHD, ADD na vybraných základních a středních školách v závislosti na různých faktorech.

Statistické vyhodnocení získaných údajů potvrdilo nejvyšší informovanost u pedagogů s vysokoškolským vzděláním, působících na základních školách, u nichž se projevuje zájem o danou problematiku aktivním vyhledáváním a získáváním informací (studium, organizované vzdělávání, samostudium). Těmito pedagogy jsou statisticky většinou ženy, bez ohledu na věk a délku praxe.

Testována byla i schopnost pedagogů aplikovat znalosti o ADHD, ADD v pedagogické

30 Pedagogové odpovídali ve třech částech dotazníku celkem na 73 otázek týkajících se jejich osobních údajů, údajů o teoretických znalostech a údajů o osobně používaných vhodných i nevhodných metodách při práci s dětmi s diagnózou ADHD, ADD ve škole (Dotazník KADDS je obsahem přílohy).

31 Dle osobních výpovědí některých pedagogů je vyplňování dotazníku motivovalo k aktivnímu vyhledávání informací v literatuře či na internetu.

praxi, četnost používání vhodných a nevhodných metod při zacházení s dítětem s ADHD, ADD. Lze konstatovat, že pedagogové, kteří vyjádřili zájem o danou problematiku, mají nejen více informací, ale dělají v praxi i méně chybných kroků. Avšak nelze říci, že jsou schopni, více než jejich kolegové, své znalosti aktivně aplikovat v praxi a s větší četností používat vhodné metody při práci s dítětem s ADHD, ADD (poskytovat dítěti ve větší míře speciální přístup).

Pedagogové na základních a středních školách nejsou ve většině případů informováni o problematice specifických poruch chování. Se současným trendem integrace dětí s touto poruchou a jejich přibývajícím počtem nejen na ZŠ, je však na ně vyvíjen určitý tlak vyhledávat informace o ADHD, ADD a učit se s těmito dětmi správně zacházet. Dostatek odborné literatury³² a školení v rámci dalšího vzdělávání pedagogických pracovníků, jako i možnost kombinovaného studia speciální pedagogiky, poskytuje pedagogům příležitosti ke vzdělávání.

Pedagog je v odborném zacházení s dítětem oporou a spolupracovníkem rodičů dítěte s ADHD, ADD. Pokud je porucha včas diagnostikována (mnohdy již v mateřské škole), dítě správně vedeno, lze se vyhnout sekundárním následkům nebo je alespoň minimalizovat. Naučit dítě ovládat své chování, respektovat normy a pravidla, je předpokladem jeho dobrého začlenění do společnosti a budování zdravého sebevědomí a sebehodnoty. Tento úkol je úkolem především pedagogů, vychovatelů a rodičů, kteří s dítětem přicházejí do styku. Komplexní přístup³³ je základem v procesu socializace dítěte s ADHD, ADD.

Důsledky neodborného zacházení s dítětem s ADHD, ADD na ZŠ se plně projeví na SŠ, kdy narůstají sekundární problémy dítěte. Nízká informovanost pedagogů na SŠ přispívá k jejich prohloubení a jak je uvedeno v teoretické části práce, tyto děti bývají často označovány jako problematické a ze školy vylučovány (pro šikanu, záškoláctví, neplnění povinností, špatný prospěch)³⁴. V rámci svého studia autorka dospěla k závěru, že i na učilišti, kde působí jako pedagog, je tento proces běžnou praxí. Dítě je poznamenáno nevhodným zacházením ze strany pedagogů (i rodičů) na ZŠ a v adolescenci neumí svoji poruchu kompenzovat. Avšak většina středoškolských pedagogů je toho názoru, že dítě v adolescenci by už mělo být schopno své emoce, impulzivitu, pozornost a hyperaktivitu ovládat.

32 Viz Seznam použitých zdrojů.

33 Viz teoretická část práce.

34 Viz příloha č. 3 – kazuistika dítěte s ADHD.

Tento názor je často opírán o současnou legislativu, kdy na SŠ není pedagog povinen přihlížet k diagnóze ADHD, ADD u dítěte.

Diagnóza ADHD, ADD téměř u všech problémových dětí na učilišti a opakující se proces přechodu těchto dětí z jedné školy na druhou, jako i konstatování pracovnice pedagogicko-psychologické poradny, že i v dnešní době je běžné, že pedagogové ZŠ neumí zacházet s dítětem s ADHD, ADD, byly pro autorku motivací ke zpracování této bakalářské práce. Překvapujícím zjištěním byl velmi malý počet speciálních pedagogů mezi respondenty působících na ZŠ. Zmapování informovanosti pedagogů o specifických poruchách chování na základních a středních školách, poukázání na sekundární důsledky nedostatečné informovanosti a neodborného přístupu ze strany pedagogů, zároveň navržení opatření, která by mohla vést ke zlepšení současné situace na školách, považuje autorka za největší přínos své bakalářské práce.

5 Návrh opatření

1. Lze se domnívat, že vhodným opatřením by mohlo být zařazení problematiky specifických poruch chování ve větší míře do vzdělávacích programů všech pedagogických oborů, bez ohledu na další specializaci. Trend integrace a inkluze předpokládá odborný speciální přístup podložený znalostmi a jejich vhodnou aplikací v praxi.
2. Přítomnost speciálních pedagogů na školách je v dnešní době trendem a vzhledem ke zvyšujícímu se počtu dětí se specifickými poruchami chování (i učení) žádoucí. Autorka se domnívá, že uzákonění povinné přítomnosti alespoň jednoho speciálního pedagoga na středních školách, by vedlo k přirozenému zvýšení celkové informovanosti pedagogů o specifických poruchách chování tam, kde je obecně nejnižší.
3. Přítomnost školního psychologa na školách. Vzhledem k problémům dítěte s ADHD, ADD především v sociální oblasti³⁵, je možnost konzultací s psychologem přímo ve škole nezanedbatelným přínosem a zároveň prevencí sekundárních problémů. Školní psycholog však působí jen na omezeném množství škol.
4. V rámci celoživotního vzdělávání jsou stávajícím pedagogům nabízena školení i o této problematice, avšak autorka se domnívá, že nejsou pedagogy dostatečně využívána a diagnóza ADHD, ADD je všeobecně stále velkým množstvím pedagogů podceňována. Školení pořádaná pracovníky Pedagogicko-psychologických poraden přímo ve školách by přispěla k větší informovanosti mezi pedagogy, dávala prostor k vedené diskusi o konkrétních případech z praxe a směřovala k uplatňování komplexního přístupu k dítěti, s touto diagnózou, ve škole.
5. Zavedení motivačního systému pro pedagogy na školách. Vytvoření systému, který by motivoval pedagogy k větší účasti na školeních (například formou finančních odměn).
6. Naproti tomu by vytvoření koncepce povinných školení pro pedagogy na jednotlivých stupních škol také přispělo k systematickému celoživotnímu vzdělávání pedagogů a tím ke zvyšování jejich informovanosti nejen o ADHD, ADD.

35 Viz teoretická část práce.

7. Snížení počtu dětí ve školních třídách. Velké množství dětí neumožňuje pedagogům uplatňovat individuální přístup k jednotlivým žákům během vyučování.
8. Asistent pedagoga pro dítě s diagnózou ADHD, ADD ve třídě.

6 Seznam použitých zdrojů

DRTILOVÁ, Jana, KOUKOLÍK, František. *Odlišné dítě*. Praha: Vyšehrad. 1. vyd. 1994. ISBN 80-7021-097-4.

ELLIOT, Julian, PLACE, Maurice. *Dítě v nesnázích*. Praha: Grada. 1. vyd. 2002. ISBN 80 247-0182-0.

HELUS, Zdeněk. *Sociální psychologie pro pedagogy*. Grada. 1. vyd. 2007. ISBN 978-80-247-1168-3.

MARTIN, Michael, WALTMANOVÁ – GREENWOODOVÁ, Cynthie. *Jak řešit problémy dětí se školou*. Praha: Portál. 1. vyd. 1997. ISBN 80-7178-125-8.

MATĚJČEK, Zdeněk, DYTRYCH, Zdeněk. *Jak a proč nás děti trápí*. Praha: Grada. 1. vyd. 1997. ISBN 80-7169-587-4.

MATĚJČEK, Zdeněk. *Výbor z díla*. Praha: Karolinum. 1. vyd. 2005. ISBN 80-246-1056-6.

MICHALOVÁ, Zdeňka. *Výbrané kapitoly z problematiky specifických poruch učení*. Liberec: Technická univerzita. 1. vyd. 2008. ISBN 978-80-7372-318-7.

MICHALOVÁ, Zdeňka. *Specifické poruchy učení na druhém stupni ZŠ a na školách středních*. Havlíčkův Brod: Tobíáš. 2. vyd. 2004. ISBN 80-7311-021-0.

MICHALOVÁ, Zdeňka. *Sondy do problematiky specifických poruch chování*. Havlíčkův Brod: Tobíáš. 1. vyd. 2007. ISBN 978-80-7311-075-8.

MUNDEN, Alison, ARCELUS, Jon. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita*. Praha: Portál. 3. vyd. 2008. ISBN 978-80-7367-430-4.

PEŠATOVÁ, Ilona. *Sociálně patologické jevy u dětí školního věku.*

Liberec: Technická univerzita. 1. vyd. 2007. ISBN 978-80-7372-291-3.

PFERSEER, Evelyn. *Zappelphilipp und Hampelliese: Rat und Hilfe für hyperaktive Kinder und ihre Eltern.* Augsburg: Pattloch. 1. vyd. 1997. ISBN 3-629-00273-0.

PREKOPOVÁ, Jiřina, SCHWEIZEROVÁ, Christel. *Neklidné dítě.*

Praha: Portál. 2. vyd. 2008. ISBN 978-80-7367-351-2.

RIEFOVÁ, Sandra F. *Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole.*

Praha: Portál. 3. vyd. 2007. ISBN 978-80-7367-257-7.

RENOTIÉROVÁ, Marie, LUDÍKOVÁ, Libuše. *Speciální pedagogika.*

Olomouc: Univerzita Palackého. 4. vyd. 2006. ISBN 80-244-1475-9.

TRAIN, Alan. *Specifické poruchy chování a pozornosti.*

Praha: Portál. 1. vyd. 1997. ISBN 80-7178-131-2.

TRAIN, Alan. *Nejčastější poruchy chování dětí.*

Praha: Portál. 1. vyd. 2001. ISBN 80-7178-503-2.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychologie problémových dětí a mládeže.* Liberec: Technická univerzita. 1. vyd. 2000. ISBN 80-7083-378-5.

ZELINKOVÁ, Olga. *Poruchy učení.* Praha: Portál. 10. vyd. 2003. ISBN 80-7178-800-7.

ZELINKOVÁ, Olga. *Pedagogická diagnostika a individuální vzdělávací program.*

Praha: Portál. 2. vyd. 2007. ISBN 978-80-7367-326-0.

Zákon č. 561/2004 Sb., ze dne 24. září 2004, o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (Školský zákon).

Vyhláška č. 72/2005 Sb., ze dne 9. února 2005, o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních.

Vyhláška č. 73/2005 Sb., ze dne 9. února 2005, o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných.

MKN – 10. [online] [cit. 2010-03-04] URL: <<http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>>

7 Seznam příloh

Příloha č. 1

Kazuistika dítěte (viz text – s. 10, 99).

Příloha č. 2

Vzor dotazníku KADDS (viz text – s. 46).

Příloha č. 3

Vzor vyplněného dotazníku KADDS náhodně vybraným pedagogem (viz text – s. 47).

Příloha č. 1

Kazuistika

Rodinná anamnéza

Tomáš K., narozen 16.6.1993, první dítě.

Matka: Jana K., 37 let, středoškolské vzdělání, finanční poradce.

Otec: Milan K., 45 let, vysokoškolské vzdělání, policista.

Sourozenci: mladší sestra, 9 let.

Těhotenství bylo sice neplánované, ale přijímáno kladně ze strany matky i otce. Porod proběhl dobře, vše bylo v pořádku. Kojen 5 měsíců.

Během těhotenství prodělala matka dvakrát úraz, dvakrát zlomenina nohy. Její psychický stav nebyl dobrý. Sama uvádí, že velkou zátěží pro ni byla změna bydliště, změna zaměstnání a i denní dojíždění. Rodina manžela ji nepřijímala. Vztah s vlastními rodiči byl také narušen.

Po narození Tomáše byla matka ve velmi špatném psychickém stavu. Několikrát stála na balkóně s dítětem v náručí a chtěla z něj skočit dolů, často měla myšlenky na to, že dítěti ublíží. Děsila se sama sebe. V manželovi oporu neměla, nikdy se mu nesvěřila.

Po roce našla odvalu a vše řekla své sestře - zdravotnici, která ji okamžitě poslala k lékaři (psychiatr). Lékař diagnostikoval laktační psychózu. Matka začala užívat léky a situace se relativně stabilizovala.

Druhé dítě se narodilo (dívka), když Tomášovi bylo osm let. Nebyl nijak nadšený, ale rád pomáhal při krmení, koupání, vozil kočárek. Podle slov matky došlo k zanedbání Tomáše ze strany její i otce. Také otec se vyjádřil, že holčička je jejich malá princezna a Tomáš se určitě cítil a cítí ostrčený.

Tomáš se projevoval velice citově chladně. Nic nechtěl, ničím se netrápil, nevadilo mu, že jeho oblečení bylo většinou špinavé. Na podzim 2008 (věk chlapce 15 let) se zhoršil vztah i mezi rodiči. Otec byl více než rok nezaměstnaný. Docházelo k hádkám, kterým se snažil předejít svojí nepřítomností, odcházel, jakmile matka přišla z práce domů. Vracel se pozdě v noci. Čas trávil v prázdném bytě po babičce. Na výchově se nepodílel. Občas syna zmlátil. Matka užívala antidepresiva. Situace pro ni byla velmi psychicky náročná, neviděla východisko.

Oba rodiče přiznávají, že na děti neměli nikdy čas. Snažili se jim to vynahradit materiálně. Tomáš nemusel po ničem toužit, všechno dostal, vše měl. Rodiče nezasáhli ani když začal kouřit, pít alkohol, zvát si kamarády domů a popíjet s nimi. Do ničeho mu, podle slov matky, nemluvili. V podstatě se vzepřeli až při první velké krádeži peněz, ale prakticky mu jen vynadali a otec ho zmlátil. Ani v této situaci mu nevěnovali více pozornosti.

V prosinci 2008 Tomáš (15 let) vypovídal, že nemá vztah k matce ani otci, že mu nevadí jejich přítomnost, ale necítí k nim žádný vztah (prý snad dříve, když byl malý).

V souvislosti s ADHD u Tomáše si matka uvědomuje, že ona a ještě její děda mají pravděpodobně tuto diagnózu také, neboť si vzpomíná, že zrovna tak nechodila, ale „utíkala“ a že s ní měli její rodiče podobné problémy jako má teď ona s Tomášem. Do 30 let měla po celém těle ošklivé pupínky, neustále se škrábala. Trpí depresemi.

Když byl Tomáš ve 3. třídě, absolvovali rodinnou terapii. Její průběh hodnotí matka negativně, pro oba rodiče byla terapie spíše frustrující. Uvědomili si, že nejsou schopni říci cokoli pozitivního na svého syna.

Osobní anamnéza

Předškolní věk

Tomáš se narodil jako první dítě. V kojeneckém věku často plakal, neměl pravidelný režim, v noci se budil, s jídlem měl také problémy. Během prvního roku u něj došlo minimálně třikrát k zástavě dechu. Matka žehlila prádlo, dítě leželo v postýlce, přestalo brečet a matka se až po chvíli na něj otočila a zjistila, že nedýchá a bezvládně leží. Okamžitě ho chytila, běžela s ním k výtahu, volala o pomoc, naštěstí začalo znovu dýchat. Podle matky vše trvalo jistě 2 až 3 minuty. Podobný průběh byl i při dalších dvou příhodách. Chlapec byl vyšetřen ve věku dvou let na EEG, ale nebylo možno nic určit, neboť celou dobu plakal.

Tomáš byl od malička velice neklidný, impulzivní, nesoustředěný, jeho výchova byla náročná. Ve věku tří let začal navštěvovat jesle, od čtyř let mateřskou školu. Na doporučení učitelek z MŠ byl vyšetřen v PPP a byla mu diagnostikována ADHD a SPU (IQ v pásmu mírného nadprůměru).

Školní věk

Dle slov matky měl Tomáš od prvního dne školní docházky poznámky a byl neustále napomínán učitelkami. Matka sama nabídla hned v první třídě spolupráci učitelce, sama navrhla notýsek, kam by učitelka vše denně zapisovala a ona kontrolovala a pomáhala tak dítěti plnit školní povinnosti a na vše dohlížet. Setkala se však s odmítavou reakcí, učitelka prý prohlásila, že děti má ve třídě 25 a nemá čas na něco takového. Bohužel s úplně stejnou reakcí se matka setkala i ve třídě třetí, kdy došlo ke změně učitelky. Chlapec nosil poznámky domů celých osm let téměř denně a osmý ročník opakoval.

K výraznému zhoršení došlo v osmi letech (po narození sourozence). Matka si vzpomíná, že v té době také začal do školy nosit místo jedné krabičky s pitím pět krabiček, rozdával je kamarádům. Později začal chodit velmi špinavý, měl poškozené věci a začalo se u něj projevovat také sebepoškozování. Kružítkem a nůžkami si dráсал kůži na rukou a pažích. Několikrát tak, že s ním matka chtěla jet na pohotovost, rány byly hluboké a krvavé. Byl celkově zamlklý a neprůbojný, nic ho nebavilo a o nic neměl zájem. Jednou se díval na internetu na video, kde byla parta kluků, několik jich kopalo dalšího. Smál se a řekl, že video natočili s klukama a že jde o legraci. Matka netuší, zda se syn stal obětí šikany nebo sám někoho šikanoval.

V 11 letech doma Tomáš sebral rodičům 5.500,- Kč. Nakoupil kamarádům drobné věci a sladkosti, DVD přehrávač a zbytek peněz vyhodil do kanálu, aby se u něj nic nenašlo. DVD přehrávač schoval do hydrantu na chodbě paneláku, kde bydlí. Kamarádi jej sebrali. Když se přiznal, nebylo tam už nic. To byla jeho první velká krádež.

Od té doby vzal několikrát větší částky.

V dubnu 2008 to bylo 13.000,- Kč + 2.000,- Kč ve stravenkách + platební kartu. Pokud ho rodiče konfrontovali se situací – odpovídal vždy, že nic neudělal a odcházel. Nevyjadřoval lítost nad tím, že rodiče utrpěli ztrátu. Na jaře 2008 kontaktovala matka RIAPS v Trutnově, se synem na schůzce byla jednou, vícekrát nechtěl.

V září 2008 nastoupil na SOŠ a SOU, obor číšník.

Doma nemluvil, ze školy se vracel pozdě večer, býval zamlklý. Autoritu rodičů nerespektoval. V listopadu 2008 poprvé udeřil matku tak, že si myslela, že má zlomenou ruku. Otec ho za to zmlátil. Tomáš takto agresivně reagoval, protože ho matka nechtěla pustit s partou ven.

Na učilišti byl nejdříve velmi nenápadný. Mezi 30 žáky ve třídě si ho člověk sotva všiml. Nevyrušoval, byl tichý. Na druhou stranu ale nedělal vůbec nic, nepsal si diktovanou látku, neměl sešity, pomůcky, žákovskou knížku, tužku,...

Pokud byl vyvolán, neodpovídal nebo říkal, že neví. Nereagoval ani na dotazy mimo probíranou látku. Pouze zčervenel a mlčel, často opakoval jen „nevím“ nebo „nemám“. Jeho písemný projev odpovídal SPU – dyslexie, dysortografie, obsahově nedostatečný, s velkým množstvím čmáranic a jednoduchých kreseb.

Jak sám říkal při osobním rozhovoru, snažil se být nenápadný.

Kamarády ve své třídě neměl, třída ho „nebrala“, několik dětí ze třídy na něj pokřikovalo, že je líný, že se chodí do školy „vyspat“. Situace se změnila v listopadu 2008, kdy přibývalo neomluvených hodin, rodiče byli zváni do školy, na Tomáše byl vyvíjen tlak. Začal být agresivní, drzý, nerespektoval autoritu učitele, nespolupracoval.

Po vyučování se toulal se starším kamarádem a někdy s partou po městě, posedával v restauracích. Páchal výtržnosti – strhával plakáty, ničil věci. Byl spolu s kamarádem několikrát zadržen policií, situaci pomáhal řešit sociální kurátor.

Tomáš sám vypovídal, že ho nic nebavilo, ani hry na počítači. Nic před sebou „neviděl“, neplánoval svoji budoucnost. Nemyslel si, že by na tom byl špatně, že by dělal něco obzvlášť špatného. Bez zábran si bral doma peníze – od stovek po velké částky. Rodiče byli bezmocní, snažili se už jen ukrýt své úspory a šperky, aby je syn nenašel. Matka vyjadřovala obavu, aby syn nezačal rozprodávat jejich věci. Podle ní nedokázal nic plánovat, neměl pojem o čase, o povinnostech. Nikdy svých činů nelitoval, nevadilo mu, že matka musela mít doma trezor a že rodiče před ním peníze a šperky zamykali.

V prosinci 2008 byl Tomáš opětovně vyšetřen v PPP.

V březnu 2009 bylo Tomášovi uděleno podmíněčné vyloučení z učiliště z důvodu záškoláctví a neplnění školních povinností. V květnu pak ukončil studium na vlastní žádost. Prázdniny strávil u prarodičů na Moravě, spolu s otcem matky prováděl zednické práce a byl velmi spokojen. V září 2009 nastoupil na SOU v Trutnově, obor zedník. V říjnu 2009 mluvila matka o období klidu, Tomáš bydlel přes týden na internátě. Avšak z internátu odjel v pátek, ale domů přijel až v sobotu. Na začátku listopadu 2009 se dozvěděla, že Tomáš odmítá chodit do školy, jednoduše nebyl ochotný ráno opustit internát. Kouřil marihuanu a opět si neplnil své povinnosti.

O vánocích 2009 Tomáš ukradl rodičům větší množství zlatých šperků (špatně zavřeli trezor) a 4.000,- Kč mladší sestře z pokladničky. Matka zažádala o předběžné opatření. V lednu 2010 byl umístěn do Diagnostického ústavu v Praze.

Aktuální stav

Tomáš byl 17. 2. 2010 umístěn ve Výchovném ústavu v Hostinném. Odtud dojíždí na učiliště do Trutnova. Ústavní výchova nebyla nařízena. Podle matčiných slov se Tomáš v Diagnostickém ústavu zklidnil a některé věci snad údajně pochopil. Velmi rychle se na pobyt tam adaptoval a stal se oficiálním vedoucím skupiny. Zde se projevil jeho intelekt (pásmo mírného nadprůměru) a tak, jak lze pozorovat u dětí s ADHD, ADD, nastavený režim v zařízení, nutnost dodržovat pravidla a důslednost³⁶.

Závěr

U Tomáše došlo, dle mého názoru, pravděpodobně k poruše dezinhibované přichylnosti v dětství. Vlivem matčina psychického stavu (výše popsaného) nedošlo k vytvoření vazby na matku. Matka se sice o dítě starala, ale tajně je nenáviděla (dle její výpovědi), chtěla mu ublížit, zabít ho i sebe. To trvalo celý rok, dokud se nesvěřila své sestře a nenavštívila psychiatra a nezačala užívat léky. Dítě nezvládala, neustále trpěla a trpí depresemi. Porucha dezinhibované přichylnosti v dětství vysvětluje i absenci citových projevů u Tomáše a naprostou lhostejnost k trápení a problémům druhých, neschopnost empatie, citovou oploštělost a chudost.

U Tomáše proběhla i porucha opozičního vzdoru – rodinné vztahy byly velmi narušené, ve škole selhával, byl náladový, nezvladatelný, neposlušný, vzdorovitý, nepřátelský vůči autoritám, hádavý, odmítal plnit požadavky dospělých, byl přecitlivělý, atd.

ADHD mu byla diagnostikována již v předškolním věku v PPP. Na ZŠ měl velké problémy s učením. Lze u něj v průběhu let pozorovat všechny primární symptomy hyperkinetické poruchy – poruchy kognitivních funkcí, poruchy motoricko-percepční, poruchy emocí a afektů, impulzivitu, sociální maladaptaci. Vztahy s rodiči jsou problémové a konfliktní.

Lze konstatovat, že Tomáš již na prvním stupni ZŠ rezignoval na možnost jakéhokoli úspěchu. Jeho vystupování je sice nenápadné, ale až agresivně neústupné, chladné, bez emocí. Domnívám se, že dezinhibovaná přichylnost v dětství přešla přes poruchu opozičního vzdoru a zároveň s ní do hyperkinetické poruchy chování. To vše díky nepřijetí dítěte matkou, nevhodným přístupem několika učitelů na ZŠ, ve spojení s diagnózou ADHD.

³⁶ Viz teoretická část bakalářské práce.

K tomu přispěly poruchy vztahů v rodině, vztahy mezi rodiči navzájem, vztahy v širší rodině (nepřijetí matky rodiči manžela) a i nezvládnutí narození druhého dítěte rodiči ve vztahu k Tomášovi. Také zaměstnanost rodičů a nevěnování dostatečné pozornosti dítěti. Dalšími faktory by mohly být opakované zástavy dechu, trvající i několik minut (v kojeneckém věku).

Tomáš je citově oploštělý, jeho chování je účelové, preferuje především svůj prospěch bez ohledu na okolnosti. Také jeho projevy sebepoškozování lze hodnotit jako manipulativní jednání vůči matce, která usiluje o nařízení ústavní výchovy soudem.

Příloha č. 2

Dotazník

Údaje o respondentovi

1. pohlaví: žena
muž

2. věk: _____

3. délka pedagogické praxe: _____

4. nejvyšší dosažené pedagogické vzdělání, titul: _____

studující,
obor _____

5. pozice ve škole: ředitel, učitel 1. i 2. stupně speciální pedagog
zástupce ředitele vychovatel učitel OU, SOU, SOŠ
učitel 1. stupně výchovný poradce
učitel 2. stupně školní psycholog

6. aprobace: _____

7. S kolika dětmi s ADHD/ADD jste se ve své pedagogické praxi setkal/a?

a) 0 b) 1 c) 2 - 5 d) více než 5

8. Máte mezi příbuznými či přáteli někoho, kdo má diagnostikovanou poruchu ADHD/ADD?

a) ano b) ne

9. Vaše znalosti o ADHD/ADD považujete pro svou pedagogickou praxi za:

a) dostačující b) nedostačující

10. Znalosti o ADHD/ADD jste získal/a především při:

a) studiu ve škole

b) dalším organizovaným vzděláváním
(rozšiřující, doplňkové studium, kurzy, semináře, přednášky, atd)

c) samostudiem - knihy, časopisy, internetové zdroje

11. Uvítal/a byste další vzdělávání o ADHD/ADD?

a) ne b) ano

kurzy, semináře, přednášky, samostudium souboru připravených materiálů

12. Uveďte město či vesnici, kde je vaše škola, počet žáků a učitelů: _____

KADDS dotazník

Zakroužkujte u každého tvrzení jednu z možností, podle toho zda je tvrzení pravdivé či ne.

číslo	tvrzení	odpověď		
1	ADHD/ADD se vyskytuje asi u 15% dětí školního věku.	ano	ne	nevím
2	ADHD/ADD je často důsledkem nevhodného výchovného působení rodičů.	ano	ne	nevím
3	Děti s ADHD/ADD se často nechají rozptylovat vnějšími podněty.	ano	ne	nevím
4	Dítě s ADHD/ADD se typicky chová lépe v přítomnosti otce než v přítomnosti matky.	ano	ne	nevím
5	Diagnózu ADHD/ADD je možno přidělit pouze v případě, že se symptomy poruchy projevovaly již před 7. rokem života dítěte.	ano	ne	nevím
6	ADHD/ADD může být dědičná.	ano	ne	nevím
7	Jedním ze symptomů ADHD/ADD je fyzická krutost k ostatním lidem.	ano	ne	nevím
8	Antidepresiva jsou účinná při redukci symptomů ADHD/ADD u většiny dětí.	ano	ne	nevím
9	Mají-li děti s ADHD/ADD sedět, často se vrtí a ošívají.	ano	ne	nevím
10	Jako nejefektivnější se při péči o děti s ADHD/ADD jeví kombinace speciálně pedagogického přístupu učitele, poučeného přístupu rodičů a medikace dítěte.	ano	ne	nevím
11	Vysoké sebehodnocení a sebeúcta jsou pro děti s ADHD/ADD typické.	ano	ne	nevím
12	Je-li odborná péče o dítě s ADHD/ADD ukončena, pak se symptomy poruchy vrací pouze výjimečně.	ano	ne	nevím
13	I dospělá osobě může být přidělena diagnóza ADHD/ADD.	ano	ne	nevím
14	Děti s ADHD/ADD často kradou a ničí věci ostatních.	ano	ne	nevím
15	Stimulancia (např. Ritalin) užívaná při léčbě ADHD/ADD mohou mít vedlejší účinky, např. nespavost či nechutenství.	ano	ne	nevím
16	Hlavní symptomy ADHD/ADD jsou porucha pozornosti a impulzivita / hyperaktivita.	ano	ne	nevím
17	Symptomy deprese se u dětí s ADHD/ADD vyskytují častěji než u dětí bez ADHD/ADD.	ano	ne	nevím
18	Individuální psychoterapie je u většiny dětí s ADHD/ADD dostatečnou léčbou.	ano	ne	nevím
19	Většina dětí s ADHD/ADD z poruchy "vyroste" a v dospělosti jsou bez obtíží.	ano	ne	nevím
20	U dětí s těžkým stupněm ADHD/ADD je vhodné zahájit léčbu nejprve medikací a až poté přistoupit ke kognitivně - behaviorální terapii.	ano	ne	nevím
21	Aby mohla být dítěti přidělena diagnóza ADHD/ADD, musí se symptomy ADHD/ADD projevovat alespoň ve dvou různých prostředích, např. doma a ve škole.	ano	ne	nevím

22	Je-li dítě s ADHD/ADD schopno se hodinu a více soustředěně věnovat hraní počítačových her, pak je schopno se stejně dlouho soustředěně věnovat i školní práci a plnění svých úkolů.	ano	ne	nevím
23	Diety s omezením cukru a potravinových aditiv jsou při redukci symptomů ADHD/ADD účinné.	ano	ne	nevím
24	Diagnóza ADHD/ADD je důvodem k zařazení dítěte do speciální školy.	ano	ne	nevím
25	Stimulancia jsou nejvíce užívanou medikací dětí s ADHD/ADD.	ano	ne	nevím
26	Děti s ADHD/ADD mají často potíže s organizací a plněním svých úkolů a povinností.	ano	ne	nevím
27	Děti s ADHD/ADD mají více problémů v nových než v běžných situacích.	ano	ne	nevím
28	Pediatr může podle určitých specifických fyzických znaků u dítěte diagnostikovat ADHD/ADD.	ano	ne	nevím
29	ADHD/ADD se u dětí školního věku vyskytuje stejně často u dívek i u chlapců.	ano	ne	nevím
30	U velmi malých dětí (mladších 4 let) se chování dětí s ADHD/ADD výrazně liší od chování vrstevníků bez ADHD/ADD.	ano	ne	nevím
31	Děti s ADHD/ADD se výrazněji odlišují od dětí bez poruchy ve výuce než ve volnočasových aktivitách.	ano	ne	nevím
32	Většina dětí s ADHD/ADD selhává ve školní práci.	ano	ne	nevím
33	I děti bez ADHD/ADD pocházející z nevhodného rodinného prostředí mohou vykazovat symptomy odpovídající symptomům ADHD/ADD.	ano	ne	nevím
34	Kognitivně-behaviorální/psychologická intervence je u dětí s ADHD/ADD primárně zaměřena na redukci symptomů poruchy pozornosti.	ano	ne	nevím
35	Elektroterapie (např. léčba elektrickými šoky) je v těžkých případech ADHD/ADD účinná.	ano	ne	nevím
36	Péče o děti s ADHD/ADD primárně zaměřená na tresty je při redukci symptomů poruchy nejúčinnější.	ano	ne	nevím

Doporučení pro práci s dětmi s ADHD/ADD ve škole.

V prvním sloupci tabulky označte každé doporučení číslem, které vyjadřuje vhodnost jeho použití ve vzdělávání dětí s ADHD/ADD.

1- nevhodné 2- nepomůže, ale neuškodí 3- vhodné

Ve třetím sloupci tabulky označte číslem jak často toto doporučení používáte.

1- nikdy 2- občas 3- pravidelně

vhodnost	doporučení	používám
	Pevně stanovit jasná pravidla chování a práce ve třídě, spolu s přehledem hodnocení chování žáků je vystavit na viditelném místě ve třídě.	
	Každé porušení pravidel tvrdě potrestat, po domluvě s rodiči je možné použít i fyzické tresty.	
	Vhodně umístit žáka ve třídě, nevyčleňovat ho z kolektivu dětí, posadit ho v dosahu učitele, ne u okna či dveří, v lavici sám nebo s klidným a nekonfliktním spolužákem.	

	Umístit žáka do rohu třídy, kde nebude rušit ostatní spolužáky.	
	Optimalizovat vybavení třídy - omezit přílišnou pestrost a barevnost třídy, odstranit předměty, které mohou žáka při výuce rozptylovat.	
	Uplatňovat pozitivní přístup k žákovi, laskavost, klid, optimismus a trpělivost.	
	Pokyny zadávat žákovi vždy jasně, stručně, jednoznačně, po jednotlivých krocích, ověřit si pochopení zadání (žák zopakuje, co je jeho úkolem). Nevést s žákem dlouhé diskuze, ale důsledně vyžadovat splnění úkolu.	
	Střídat ve výuce činnosti, pasivní plnění úkolů střídat s aktivní činností žáků, zařadit relaxaci.	
	Strukturovat pracovní proces, jasně stanovit téma hodiny, seznámit žáky s náplní hodiny a očekávanými výsledky.	
	Neprovádět více aktivit najednou, vždy plnit pouze jeden úkol.	
	Co nejdříve poskytovat žákovi zpětnou vazbu - informace o kvalitě jeho výkonu a chování.	
	Nepřiměřené chování a porušení pravidel nepřehlížet, klidně a věcně reagovat, zopakovat pravidlo, jež žák porušil a zdůraznit nutnost dodržovat stanovená pravidla.	
	Zavést systém odměn a trestů, vystavit ho ve třídě a důsledně ho dodržovat.	
	Umožnit žákovi, aby alespoň část práce udělal dobře než celou špatně, není nutné vždy vyžadovat stejný rozsah práce jako po ostatních.	
	S žákem jednáme vždy klidně, udržujeme oční kontakt.	
	Vhodná úprava výukových materiálů - vždy jasně strukturované, stručné, přehledné, využít přehledy, grafy, tabulky, atd.	
	Je-li to třeba, poskytnout žákovi „oddechový čas“ a útočiště na zklidnění. Případné konflikty řešit až po zklidnění žáka a odeznění afektu.	
	Drobné nedostatky v chování žáka (vrtění se na místě, občasné vykřikování) tolerovat, neustále nenapomínat a neokřikovat žáka.	
	Každou změnu ve výuce žákovi včas oznámit a vysvětlit.	
	Umožnit individuální hodnocení žáka, případně slovní hodnocení, a to i slovní hodnocení chování.	
	Navázat kontakt a spolupráci s rodinou žáka, snažit se sjednotit přístup k žákovi, zasílat rodičům každodenní zprávy o chování a práci žáka ve škole.	
	Aktivní spoluúčast učitele na práci žáka- žáka vedeme, povzbuzujeme, uklidňujeme, posilujeme jeho sebevědomí.	
	Umožnit žákovi používat ve výuce specifické pomůcky, které mu pomůžou překonat jeho obtíže způsobené poruchou.	
	Vždy kontrolovat, zda si žák zapsal všechny zadání úkolů.	
	Za každý prohřešek následuje pouze jeden postih.	

Používáte-li při práci s žáky s ADHD/ADD další postupy a doporučení, uveďte je na druhé straně.

Příloha č. 3

Náhodně vybraný vyplněný dotazník

60

Údaje o respondentovi

1. pohlaví: žena
muž

2. věk: 43

3. délka pedagogické praxe: 15 let

4. nejvyšší dosažené pedagogické vzdělání, titul: Pgt., vysokostokské'
studující,
obor speciální pedagogika

5. pozice ve škole: ředitel, učitel 1. i 2. stupně, speciální pedagog
zástupce ředitele, vychovatel, učitel OU, SOU, SOŠ
učitel 1. stupně ☒, výchovný poradce
učitel 2. stupně, školní psycholog

6. aprobace: učitelství 1. stupně, učitelství speciální školy

7. S kolika dětmi s ADHD/ADD jste se ve své pedagogické praxi setkal/a?

a) 0 b) 1 c) 2 - 5 ☒ d) více než 5

8. Máte mezi příbuznými či přáteli někoho, kdo má diagnostikovanou poruchu ADHD/ADD?

☒ a) ano b) ne

9. Vaše znalosti o ADHD/ADD považujete pro svou pedagogickou praxi za:

☒ a) dostačující b) nedostačující

10. Znalosti o ADHD/ADD jste získal/a především při:

☒ a) studiu ve škole
☒ b) dalším organizovaným vzděláváním
(rozšiřující, doplňkové studium, kurzy, semináře, přednášky, atd)
☒ c) samostudiem - knihy, časopisy, internetové zdroje

11. Uvítal/a byste další vzdělávání o ADHD/ADD?

a) ne

b) ano

kurzy, semináře, přednášky, samostudium souboru připravených materiálů

12. Uveďte město či vesnici, kde je vaše škola, počet žáků a

učitelů: Nová Paka

žáků 300 / učitelů 26

KADDS dotazník

Zakroužkujte u každého tvrzení jednu z možností, podle toho zda je tvrzení pravdivé či ne.

číslo	tvrzení	odpověď		
1	ADHD/ADD se vyskytuje asi u 15% dětí školního věku.	<input checked="" type="radio"/> ano	<input type="radio"/> ne	<input type="radio"/> nevím
2	ADHD/ADD je často důsledkem nevhodného výchovného působení rodičů.	<input checked="" type="radio"/> ano	<input checked="" type="radio"/> ne	<input type="radio"/> nevím
3	Děti s ADHD/ADD se často nechají rozptylovat vnějšími podněty.	<input checked="" type="radio"/> ano	<input type="radio"/> ne	<input type="radio"/> nevím
4	Dítě s ADHD/ADD se typicky chová lépe v přítomnosti otce než v přítomnosti matky.	<input checked="" type="radio"/> ano	<input checked="" type="radio"/> ne	<input type="radio"/> nevím
5	Diagnózu ADHD/ADD je možno přidělit pouze v případě, že se symptomy poruchy projevily již před 7. rokem života dítěte.	<input checked="" type="radio"/> ano	<input checked="" type="radio"/> ne	<input type="radio"/> nevím
6	ADHD/ADD může být dědičná.	<input checked="" type="radio"/> ano	<input type="radio"/> ne	<input type="radio"/> nevím
7	Jedním ze symptomů ADHD/ADD je fyzická krutost k ostatním lidem.	<input checked="" type="radio"/> ano	<input checked="" type="radio"/> ne	<input type="radio"/> nevím
8	Antidepresiva jsou účinná při redukci symptomů ADHD/ADD u většiny dětí.	<input checked="" type="radio"/> ano	<input checked="" type="radio"/> ne	<input type="radio"/> nevím
9	Mají-li děti s ADHD/ADD sedět, často se vrtí a ošívají.	<input checked="" type="radio"/> ano	<input type="radio"/> ne	<input type="radio"/> nevím
10	Jako neefektivnější se při péči o děti s ADHD/ADD jeví kombinace speciálně pedagogického přístupu učitele, poučeného přístupu rodičů a medikace dítěte.	<input checked="" type="radio"/> ano	<input type="radio"/> ne	<input type="radio"/> nevím
11	Vysoké sebehodnocení a sebeúcta jsou pro děti s ADHD/ADD typické.	<input checked="" type="radio"/> ano	<input checked="" type="radio"/> ne	<input type="radio"/> nevím
12	Je-li odborná péče o dítě s ADHD/ADD ukončena, pak se symptomy poruchy vrací pouze výjimečně.	<input checked="" type="radio"/> ano	<input type="radio"/> ne	<input type="radio"/> nevím
13	I dospělé osobě může být přidělena diagnóza ADHD/ADD.	<input checked="" type="radio"/> ano	<input type="radio"/> ne	<input type="radio"/> nevím
14	Děti s ADHD/ADD často kradou a ničí věci ostatních.	<input checked="" type="radio"/> ano	<input checked="" type="radio"/> ne	<input type="radio"/> nevím
15	Stimulancia (např. Ritalin) užívaná při léčbě ADHD/ADD mohou mít vedlejší účinky, např. nespavost či nechutenství.	<input checked="" type="radio"/> ano	<input type="radio"/> ne	<input type="radio"/> nevím
16	Hlavní symptomy ADHD/ADD jsou porucha pozornosti a impulzivita / hyperaktivita.	<input checked="" type="radio"/> ano	<input type="radio"/> ne	<input type="radio"/> nevím
17	Symptomy deprese se u dětí s ADHD/ADD vyskytují častěji než u dětí bez ADHD/ADD.	<input checked="" type="radio"/> ano	<input type="radio"/> ne	<input type="radio"/> nevím
18	Individuální psychoterapie je u většiny dětí s ADHD/ADD dostatečnou léčbou.	<input checked="" type="radio"/> ano	<input checked="" type="radio"/> ne	<input type="radio"/> nevím
19	Většina dětí s ADHD/ADD z poruchy "vyroste" a v dospělosti jsou bez obtíží.	<input checked="" type="radio"/> ano	<input type="radio"/> ne	<input type="radio"/> nevím
20	U dětí s těžkým stupněm ADHD/ADD je vhodné zahájit léčbu nejprve medikací a až poté přistoupit ke kognitivně - behaviorální terapii.	<input checked="" type="radio"/> ano	<input type="radio"/> ne	<input type="radio"/> nevím
21	Aby mohla být dítěti přidělena diagnóza ADHD/ADD, musí se symptomy	<input checked="" type="radio"/> ano	<input type="radio"/> ne	<input type="radio"/> nevím

	ADHD/ADD projevovat alespoň ve dvou různých prostředích, např. doma a ve škole.	ano	ne	nevím
22	Je-li dítě s ADHD/ADD schopno se hodinu a více soustředěně věnovat hraní počítačových her, pak je schopno se stejně dlouho soustředěně věnovat i školní práci a plnění svých úkolů.	ano	ne	nevím
23	Diety s omezením cukru a potravinových aditiv jsou při redukci symptomů ADHD/ADD účinné.	ano	ne	nevím
24	Diagnóza ADHD/ADD je důvodem k zařazení dítěte do speciální školy.	ano	ne	nevím
25	Stimulanty jsou nejvíce užívanou medikací dětí s ADHD/ADD.	ano	ne	nevím
26	Děti s ADHD/ADD mají často potíže s organizací a plněním svých úkolů a povinností.	ano	ne	nevím
27	Děti s ADHD/ADD mají více problémů v nových než v běžných situacích.	ano	ne	nevím
28	Pediatr může podle určitých specifických fyzických znaků u dítěte diagnostikovat ADHD/ADD.	ano	ne	nevím
29	ADHD/ADD se u dětí školního věku vyskytuje stejně často u dívek i u chlapců.	ano	ne	nevím
30	U velmi malých dětí (mladších 4 let) se chování dětí s ADHD/ADD výrazně liší od chování vrstevníků bez ADHD/ADD.	ano	ne	nevím
31	Děti s ADHD/ADD se výrazněji odlišují od dětí bez poruchy ve výuce než ve volnočasových aktivitách.	ano	ne	nevím
32	Většina dětí s ADHD/ADD selhává ve školní práci.	ano	ne	nevím
33	I děti bez ADHD/ADD pocházející z nevhodného rodinného prostředí mohou vykazovat symptomy odpovídající symptomům ADHD/ADD.	ano	ne	nevím
34	Kognitivně-behaviorální/psychologická intervence je u dětí s ADHD/ADD primárně zaměřena na redukci symptomů poruchy pozornosti.	ano	ne	nevím
35	Elektroterapie (např. léčba elektrickými šoky) je v těžkých případech ADHD/ADD účinná.	ano	ne	nevím
36	Péče o děti s ADHD/ADD primárně zaměřená na tresty je při redukci symptomů poruchy neúčinnější.	ano	ne	nevím

Doporučení pro práci s dětmi s ADHD/ADD ve škole.

V prvním sloupci tabulky označte každé doporučení číslem, které vyjadřuje vhodnost jeho použití ve vzdělávání dětí s ADHD/ADD.

1- nevhodné 2- nepomůže, ale neuškodí 3- vhodné

Ve třetím sloupci tabulky označte číslem jak často toto doporučení používáte.

1- nikdy 2- občas 3- pravidelně

vhodnost	doporučení	používám
3	Pevně stanovit jasná pravidla chování a práce ve třídě, spolu s přehledem hodnocení chování žáků je vystavit na viditelném místě ve třídě.	3
1	Každé porušení pravidel tvrdě potrestat, po domluvě s rodiči je možné použít i fyzické tresty.	1
	Vhodně umístit žáka ve třídě, nevyčleňovat ho z kolektivu dětí, posadit ho v	

4	3	dosahu učitele, ne u okna či dveří, v lavici sám nebo s klidným a nekonfliktním spolužákem.	3
5	1	Umístit žáka do rohu třídy, kde nebude rušit ostatní spolužáky.	2
6	1	Optimalizovat vybavení třídy - omezit přílišnou pestrost a barevnost třídy, odstranit předměty, které mohou žáka při výuce rozptylovat.	1
7	3	Uplatňovat pozitivní přístup k žákovi, laskavost, klid, optimismus a trpělivost.	2
8	3	Pokyny zadávat žákovi vždy jasně, stručně, jednoznačně, po jednotlivých krocích, ověřit si pochopení zadání (žák zopakuje, co je jeho úkolem). Nevést s žákem dlouhé diskuze, ale důsledně vyžadovat splnění úkolu.	3
9	3	Střídat ve výuce činnosti, pasivní plnění úkolů střídat s aktivní činností žáků, zařadit relaxaci.	3
10	3	Strukturovat pracovní proces, jasně stanovit téma hodiny, seznámit žáky s náplní hodiny a očekávanými výsledky.	2
11	3	Neprovádět více aktivit najednou, vždy plnit pouze jeden úkol.	2
12	3	Co nejdříve poskytovat žákovi zpětnou vazbu - informace o kvalitě jeho výkonu a chování.	2
13	3	Nepřiměřené chování a porušení pravidel nepřehlížet, klidně a věcně reagovat, zopakovat pravidlo, jež žák porušil a zdůraznit nutnost dodržovat stanovená pravidla.	3
14	1	Zavést systém odměn a trestů, vystavit ho ve třídě a důsledně ho dodržovat.	1
15	3	Umožnit žákovi, aby alespoň část práce udělal dobře než celou špatně, není nutné vždy vyžadovat stejný rozsah práce jako po ostatních.	2
16	3	S žákem jednáme vždy klidně, udržujeme oční kontakt.	3
17	2	Vhodná úprava výukových materiálů - vždy jasně strukturované, stručné, přehledné, využít přehledy, grafy, tabulky, atd.	2
18	3	Je-li to třeba, poskytnout žákovi „oddechový čas“ a útočiště na zklidnění. Případné konflikty řešit až po zklidnění žáka a odeznění afektu.	2
19	3	Drobné nedostatky v chování žáka (vrtění se na místě, občasné vykřikování) tolerovat, neustále nenapomínat a neokřikovat žáka.	3
20	3	Každou změnu ve výuce žákovi včas oznámit a vysvětlit.	2
21	3	Umožnit individuální hodnocení žáka, případně slovní hodnocení, a to i slovní hodnocení chování.	2
22	3	Navázat kontakt a spolupráci s rodinou žáka, snažit se sjednotit přístup k žákovi, zasílat rodičům každodenní zprávy o chování a práci žáka ve škole.	2
23	3	Aktivní spoluúčast učitele na práci žáka- žáka vedeme, povzbuzujeme, uklidňujeme, posilujeme jeho sebevědomí.	2
24	3	Umožnit žákovi používat ve výuce specifické pomůcky, které mu pomůžou překonat jeho obtíže způsobené poruchou.	2
25	3	Vždy kontrolovat, zda si žák zapsal všechny zadané úkoly.	2
26	1	Za každý prohřešek následuje pouze jeden postih.	1

Používáte-li při práci s žáky s ADHD/ADD další postupy a doporučení, uveďte je na druhém staně.

11. Uveďte další využívané metody s ADHD/ADD: